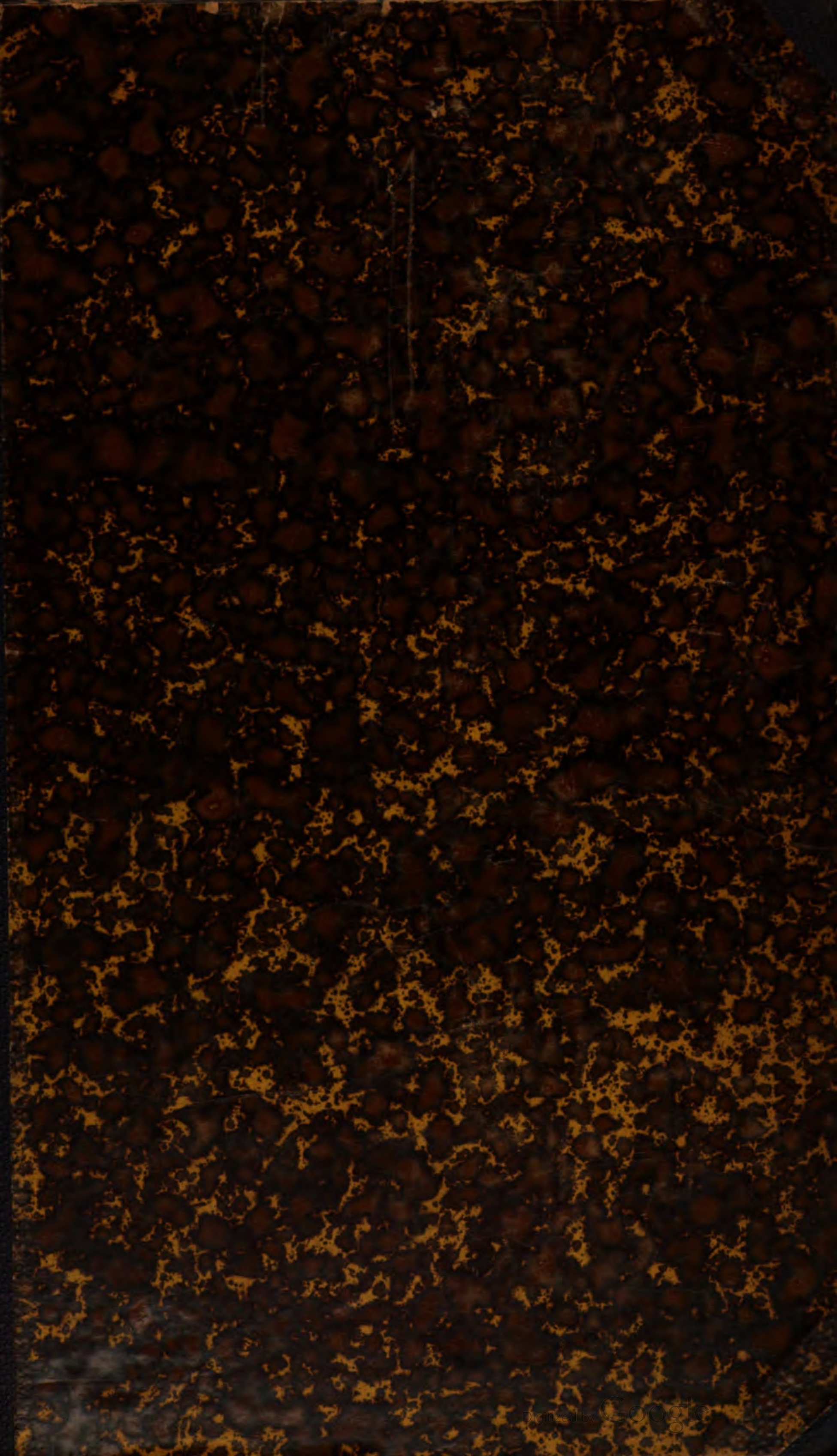
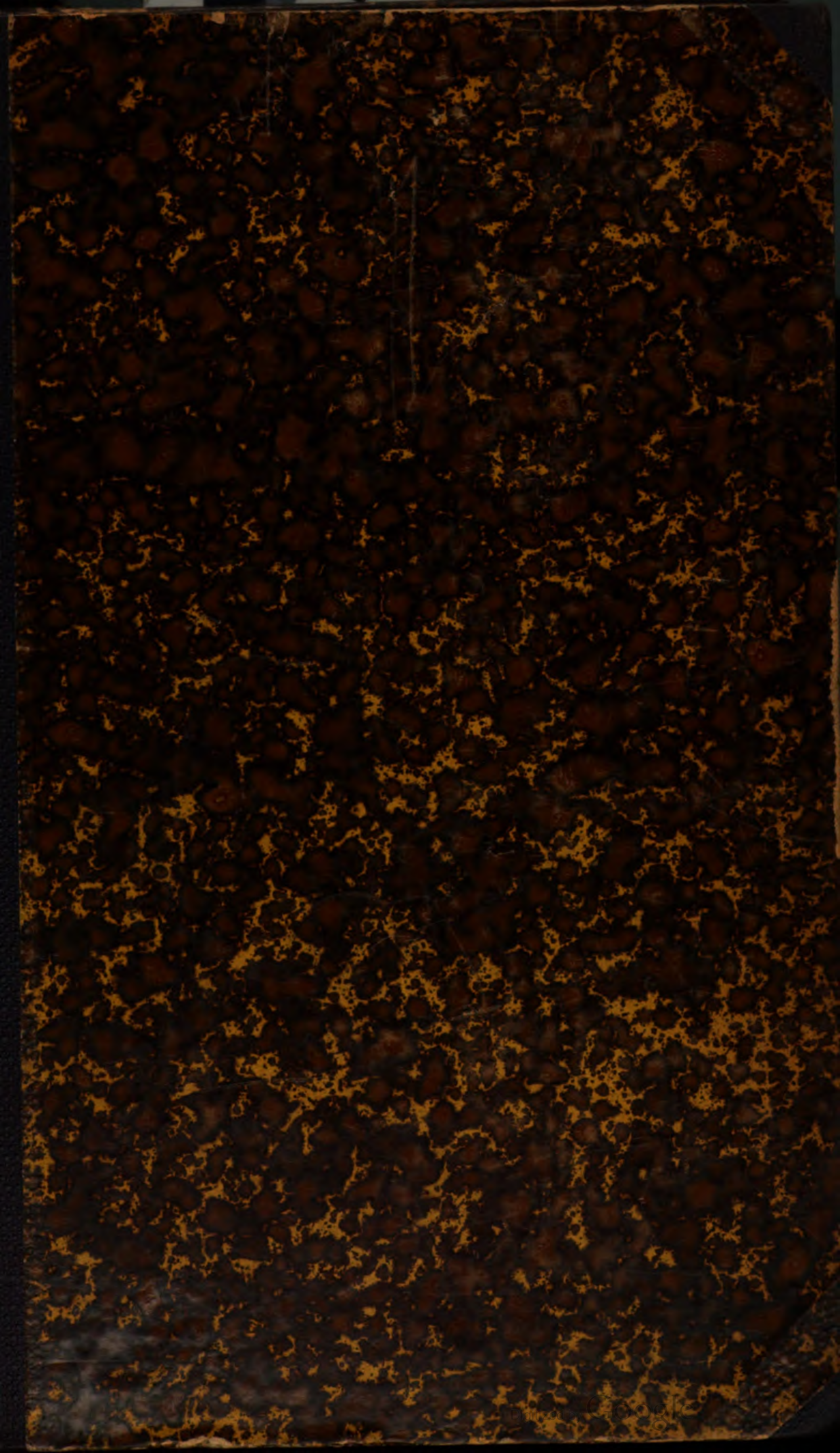
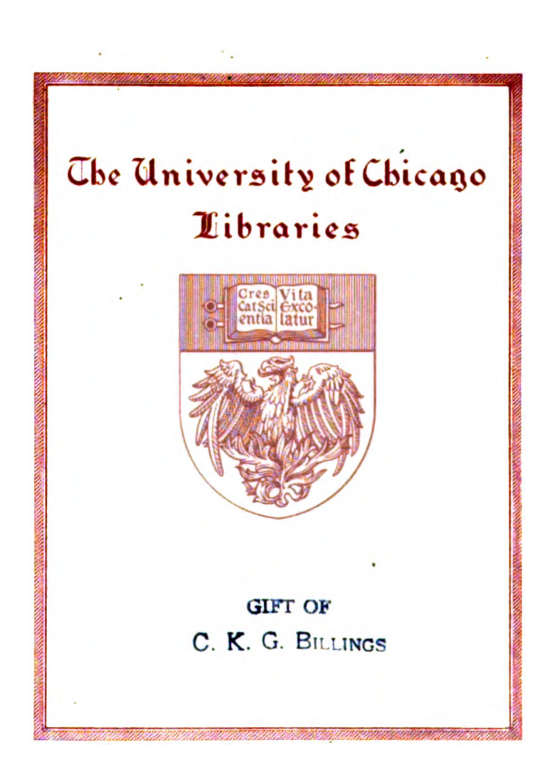
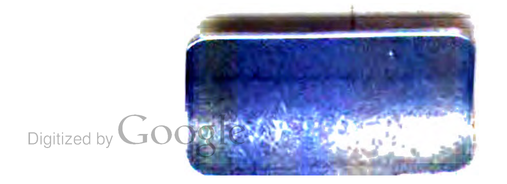







The University of Chicago
Libraries
Cres cat Sci entia
Vita excolatur
GIFT OF
C. K. G. BILLINGS





CENTRALBLATT

FÜR

KINDERHEILKUNDE.

EINE MONATSSCHRIFT FÜR PRAKTISCHE ÄRZTE.

HERAUSGEGEBEN

VON

DR. MED. EUGEN GRAETZER.
PRAKT. ARZT IN FRIEDENAU-BERLIN.

II. JAHRGANG 1906.



LEIPZIG.
VERLAG VON JOHANN AMBROSIUS BARTH
1906.

Druck von Metzger & Wittig in Leipzig.

Inhaltsverzeichnis des XI. Jahrganges.

Originalien.

Referate.

Aus Vereinen und Versammlungen.

Neue Bücher.

Neue Dissertationen.

Therapeutische Notizen.

Monatschronik.

Centralblatt für Kinderheilkunde.
Eine Monatsschrift für praktische Ärzte.

XI. Jahrgang. 1. Januar 1906. No. 1.

I. Originalbeiträge.

Über Verdauungsstörungen künstlich genährter Kinder.

Von

S.-R. Dr. **L. Fürst** (Berlin).

An zwei Klippen scheitert leicht das Bemühen, das Kind ohne Frauenmilch mit der Flasche aufzuziehen. Einerseits ist es das Kasein der Kuhmilch, das in seiner kompakt-klumpigen Gerinnung den Verdauungssäften des Magens und Darms viel schwerer zugänglich ist, als das zartflockige Kasein der Frauenmilch, sich von dem letzteren auch durch schwerere Löslichkeit, durch Zurückbleiben eines „schädlichen Eiweißstoffes" unterscheidet. Andererseits ist es oft der Überschuß von Fett, welchen der kindliche Darm nicht zu bewältigen vermag, vielmehr in Gestalt der berüchtigten Fettdiarrhöe wieder ausscheidet. Im ersteren Falle ist die Rahmarmut der Kuhmilch, im letzteren ein Rahmüberschuß als ursächliches Moment für Verdauungsstörungen mit Recht bezeichnet worden, Störungen, welche manches Kind mit langwierigen Magendarmleiden und mit Atrophie, oft sogar mit dem Leben bezahlen muss.

Für das Kind in den ersten zwei Lebensjahren ist aber jede Störung seiner Ernährung eine ernste, kritische Sache, mag nun ein Fehler in der qualitativen Zusammensetzung und Bereitung der Kuhmilch oder ein „Zuviel" der Portionen daran Schuld sein. Jede unphysiologische Ernährung rächt sich, und zwar um so bedenklicher, je weiter sich die künstliche Ernährung von der natürlichen durch Frauenmilch entfernt, je weniger sie dem in dieser uns gegebenen Vorbilde entspricht. Gewiß ist auch die Anwesenheit von pathogenen Keimen eine häufige Krankeitsursache, während die Gefahr der nichtpathogenen Milchkeime, die früher stark überschätzt wurde, jetzt als geringer gilt. Sagt doch selbst Biedert in seinem klassischen Werke über Kindererziehung (5. Aufl. S. 185): „Es kommt auf eine Handvoll Pilze nicht so sehr an." Viel wichtiger ist nach ihm die „Überfütterung" und der ungenügende Ausgleich der Differenzen zwischen Kuh- und Frauenmilch.

In dem Eiweiß der Kuhmilch, dem Kasein, erblickt auch Biedert, gleich vielen anderen Forschern, einen Bestandteil der Kindernahrung, den die Verdauungsorgane nur schwierig und unvollkommen zur Lösung und zur Resorption bringen können. Hier Abhilfe zu schaffen, regulierte er zunächst aufs sorgfältigste die Ver-

dünnung mit Zusatzflüssigkeit (Wasser, Schleim etc.); sodann aber ersann er die beste Methode der Fettanreicherung, das Rahmgemenge, bzw. seine „Ramogen“ genannte Rahmkonserve. Während die Verdünnung das übergroße Quantum des Kuhkaseins herabsetzt, es dem kindlichen Organismus proportional besser anpaßt, ist die Vermehrung des Milchfettes teils zur Erhöhung des Nährwertes bestimmt, teils geeignet, eine bessere Ausnutzung des Kaseins zu bewirken, indem es sich zwischen die Kaseinmassen einlagert, den Verdauungssäften (Magensaft, Galle, Pankreasstoff usw.) also vermehrte Angriffsflächen bietet, das Peptonisieren unterstützt.

Freilich liegt die Gefahr nahe, daß man durch diesen Rahmzusatz mehr schadet als nützt, wenn man sich nicht genau an Biederts Berechnungen und Vorschriften hält und wenn man schematisch anstatt individualisierend verfahren will. Eine Schablone anzugeben, lag nicht in der Absicht dieses Autors. Im Gegenteil weist er überall darauf hin, daß man die Nahrung nach dem Alter, dem Ernährungszustande, der Verdauungskraft, der Abwesenheit pathologischer Veränderungen im Stuhl usw. zu modifizieren hat.

Das punctum saliens ist also, das Kuhkasein, während Magensaft und Lab auf dasselbe einwirken, so zu beeinflussen, daß ein lockeres, lückenreiches Gefüge entsteht, kein fester Klumpen. Dies erreicht man nun erfahrungsgemäß durch Vermehrung des Milchfettes mittels Rahm oder Fettmilch, aber zugleich auch in trefflicher Weise bei Kindern vom 5.—6. Monat an durch Beigabe von dextriniertem Kindermehl oder wohl noch besser von dem Milchzwiebackpulver, das nun einmal unter dem nicht ganz korrekten Namen Nestle-Mehl bekannt ist, obwohl es die Bezeichnung Mehl nicht verdient. Dies altbewährte Präparat, das ja lediglich aus zu Pulverkonsistenz kondensierter Schweizermilch, Zucker und fein vermahlenem Weizenzwieback besteht, lagert sich, mit Kuhmilch gekocht, sehr gut in deren Gerinnsel ein und hat in dieser Beziehung eine analoge Wirkung wie das Milchfett, indem es mechanisch ein zu dichtes Aneinanderlagern der Kaseinklümpchen verhindert. Ähnelt das Kuhmilchkäsegerinnsel ohne solche Interpolation etwa einem Stück feuchten, undurchlässigen Tones, so erinnert es, wenn Rahm oder Nestle der Milch zugesetzt war, mehr an einen Schwamm, zu dessen Gerüst die Lücken den Zutritt jeder Flüssigkeit ermöglichen.

Die Fettdiarrhöe, deren Bedeutung jeder Kinderarzt vollkommen würdigt, kann bekanntlich sehr hohe Grade erreichen. Der Gehalt des Stuhles an einzelnen oder konfluierten Fettmengen sowie an Fettnadeln kann bis zu 80 % betragen. Die mikroskopische Untersuchung der Fäzes gibt ein deutliches Bild von den Fettmassen, die bisweilen unausgenutzt, unverdaut wieder ausgeschieden werden, wenn die Kuhmilch nicht absolut, aber für das betreffende Kind von Haus aus zu fettreich oder durch Rahm in allzustarker Weise (vorschriftswidrig) mit Fett angereichert war. Da Fett — ebenso wie Eiweiß — nur bis zu einem gewissen Prozentsatze resorbierbar ist, so verbleibt, analog dem „schädlichen Eiweißrest“ ein ebensolcher „schädlicher Fettrest“. Ersterer geht im alkalischen Darm Fäulnisprozesse ein, reizt den Darm, verursacht Enteritis oder Darmkatarrh, letzterer erfährt im

Darm Zersetzung in Fettsäuren und reizt auf diese Weise die Schleimhaut, bewirkt Vermehrung der Peristaltik und der Darmsekretion, führt zu diarrhoischen Fettstühlen.

Biedert hat dies sehr wohl erkannt und wiederholt geraten, zunächst zur Einschränkung des Fettes in der Nahrung, dann zur Verdünnung derselben mit schleimigen Vehikeln zu schreiten. Außerdem aber sagt er sehr zutreffend (l. c. S. 229): „Reine Abkochung fettarmer Mehle, z. B. des Nestle, habe ich (bei Fettdiarrhöe) zu einer Erholung des Darms führen sehen, nach der es bald wieder gelang, dreister mit Milch zu kommen.“ In der Tat stimmt dies mit meinen persönlichen Erfahrungen völlig überein. Auch ich habe oft beobachten können, daß in selbst hochgradigen Fällen von diarrhoischer Fettentleerung ein Rückgang zu Magermilch und ein mehrwöchentlicher Zusatz von Nestle die Anomalie am besten beseitigt, die betreffenden Kinder zugleich, unter Gewichtszunahme, wieder zu subjektivem Wohlbefinden brachte und durch das Sättigkeitsgefühl auch den Schlaf besserte. Daß seinerzeit Zweifel im Stuhl solcher mit Nestle ernährter Kinder noch Stärke fand, will gar nichts sagen; denn dies Präparat gibt man nicht ganz jungen Säuglingen, sondern älteren, die schon Ptyalin aus ihren Speicheldrüsen absondern. Und jedenfalls ist dies gepulverte Gebäck nicht so reich an unvollkommen diastasierter, unaufgeschlossener Stärke, wie die richtigen Kindermehle, die aus den Getreide- oder Hülsenfrüchtearten hergestellt sind. Daß diese noch recht viel unreduzierte Stärke enthalten, ist allbekannt, und ebenso, daß diese Stärke im günstigsten Falle nur aufquillt und zu Kleister wird, was man gepulvertem Zwieback nicht nachsagen kann. Gerade der geringe Fettreichtum des Nestle gleicht aber den Fettüberschuß ganz vorzüglich aus.

Allerdings gibt es aber auch Fälle, in denen es nicht gelingen will, die Nachteile des Kuhkaseins und einer übermäßigen Zufuhr von Milchfett zu beseitigen, wieder eine geregelte Verdauung und normale Stühle herbeizuführen. Hier ist man genötigt, doch wieder, wenn irgend möglich, zur völligen oder doch teilweisen Brusternährung zurückzugreifen, um das Kind überhaupt am Leben zu erhalten. Man kann Schlossmann nur beistimmen, wenn er auf Grund seiner Erfahrungen am Dresdener Säuglingsheim dem Selbststillen energisch das Wort redet, es in den meisten Fällen bei fortgesetztem Anlegen für durchführbar hält, selbst wenn längere Zeit seit der Entbindung verstrichen ist. Diesen natürlichen Nahrungsquell sollte also keine Mutter ganz versiegen lassen. Denn es gibt bei der künstlichen Ernährung Situationen, in denen er hochwillkommen ist, weil erfahrungsgemäß Verdauungsstörungen viel leichter zu beseitigen sind, wenn man neben künstlicher Ernährung noch die Brust reichen kann. Ein 2—3 maliges Stillen pro die genügt schon, um der in obiger Weise reduzierten, fettärmeren und mit Kindermehl versetzten Nahrung selbst in sehr ungünstigen Fällen noch Erfolg zu sichern. Ganz sollte also die Mutter ihre Milch nicht eingehen lassen, denn sie wird zu kritischen Zeiten für das Kind zur Rettung werden. Solange überhaupt die Drüse noch sezerniert und tätig ist (und sie kann noch $^3/_4$ Jahr nach der Entbindung, selbst

nach Wiedereintritt der Menstruation, noch recht ansehnliche Mengen Milch produzieren, wie Schlossmann nachgewiesen hat), solange sollte man dieses bei Verdauungsstörungen wertvollen Hilfsmittels sich nicht ganz entschlagen. Als Ersatz dafür kann aber immerhin gelten, daß eine sehr milchreiche Frau oder Amme den kleinen Patienten so lange mitstillt, bis er über eine kritische Epoche glücklich hinaus ist und wieder Kuhmilch verträgt.

II. Referate.

F. Kermauner, Zur Kenntnis der Verdauungsstörungen im ersten Lebensalter. (Archiv für Gynäkologie. 1905. Bd. 75. Heft 2.) Verf. sucht auf Grund klinischer Erfahrungen die Hauptursache der Verdauungsstörungen bei Kindern im ersten Lebensalter nicht in Fehlern der Ernährung, sondern in Fehlern, welche in der Pflege gemacht werden. Er führt die bei Säuglingen massenhaft vorkommenden Magen- und Darmerkrankungen auf eine in den ersten Lebenstagen stattgehabte Infektion zurück. Bei seinen Beobachtungen an der geburtshilflichen Klinik in Heidelberg fand er, wie er bereits in einer gemeinschaftlich mit Dr. Orth ausgeführten Arbeit berichtet hat, daß etwa $^2/_3$ der Neugeborenen bei ihrer Entlassung am zehnten Tage das Anfangsgewicht nicht erreicht hatten. Die Ursache hiervon sucht er in Verdauungsstörungen. Die bakteriologische Untersuchung der Stühle ergab fast regelmäßig das Vorhandensein des Staphylococcus pyog. albus, welcher nur durch die Luft oder direkt durch das Wartepersonal auf die Kinder übertragen werden konnte. Nachdem erstere Möglichkeit nach entsprechender Desinfektion aller Räume ausgeschlossen war, wurden dadurch wesentlich günstigere Resultate erzielt, daß für die Säuglinge eine eigene Wärterin angestellt wurde, welche bei Beobachtung peinlichster Reinlichkeit nur noch beim Anlegen der Kinder mit den Wöchnerinnen in Berührung kam. Während im Jahre 1903 noch 57,5 $^0/_0$ der Kinder bei ihrer Entlassung das Anfangsgewicht nicht erreicht hatten, ging dieser Prozentsatz im Jahre 1904 auf 32,8 $^0/_0$ zurück. K. empfiehlt daher bei der Pflege der Neugeborenen vor allem strengste Asepsis und Wärme (Sterile Windeln, steriles Vaselin zur Entfernung der Vernix caseosa, Asepsis des Nabels und überhaupt häufiges Saubermachen der Kinder und Asepsis der Hände des Wartepersonals). Hailmann (München).

Elie Decherf (Tourcaing), Traitement des gastro-entérites aiguës et chroniques chez les enfants par le babeurre. (Archives de méd. des enfants, Septembre 1905.) Verf. bricht wieder eine Lanze für die Anwendung der Buttermilch bei magendarmkranken Kindern. Die Verschiedenheit der Wirkung, welche von manchen Autoren hervorgehoben worden ist, muß lediglich auf die Zubereitung der in Rede stehenden Flüssigkeit zurückgeführt werden. Während manche die Milch stark sauer werden lassen und kein

oder nur wenig Wasser bei der Buttergewinnung hinzufügen, ist bei anderen gerade das Gegenteil der Fall. Auch die Zeit während welcher die sauere Milch geschlagen wird, ist für die Qualität der Buttermilch maßgebend und muß dieselbe etwa zwei Stunden betragen, um eine gute Qualität zu erzielen. Außerdem muß die sauere Gärung nicht stark vorgeschritten sein, da ein zu starker Gehalt an Milchsäure ungünstig auf die kranken Kinder einwirkt. Nach der Buttergewinnung wird die Buttermilch noch mit Wasser, im Verhältnisse von 6:4, gemischt und bildet dann, aber nur im frischen Zustande, ein ausgezeichnetes Nähr- und Heilmittel für die an akutem oder chronischem Durchfalle leidenden Kinder. Auch bei schwerer Cholera infantilis hat D., mit Ausnahme eines einzigen Falles, bemerkenswerte Erfolge erzielt. Er hat auch Kinder beobachten können, welche Frauenmilch, sterilisierte, maternisierte oder pasteurisierte Milch nicht vertrugen, hingegen aber bei Buttermilch vortrefflich gediehen. Auch bei athreptischen und rachitischen Kindern ist die Anwendung der Buttermilch von Vorteil, sowie auch bei intestinaler Autointoxikation, da dieselbe eine destruktive Wirkung auf die Mikroorganismen des Darmes ausübt. E. Toff (Braila.)

M. Stooss, Die Verwendung der Buttermilch zur Ernährung magendarmkranker Kinder. (Korrespondenz-Blatt für Schweizer Ärzte. 1905. No. 21.) St. gibt die Krankengeschichten von 3 atrophischen Kindern, bei denen die Buttermilch ausgezeichnete Dienste leistete. Die Kinder waren verschiedenen Alters (4 und 9 Monate, $2^1/_4$ Jahr) und verschiedener Konstitution, durch chronische Verdauungsstörungen schwer heruntergekommen; zur Zeit des Beginns der Buttermilchernährung bestanden keine Reizzustände des Darmes, trotzdem konnten die Kinder bis dahin auf keinem der üblichen Wege zum Gedeihen gebracht werden. Das sind die Fälle, bei denen die Buttermilch ihre Triumphe feiert.

Ungünstige Erfahrungen mit Buttermilch machte St. bei akuten Enterokatarrhen und bei akuten Schüben chronischer Intestinalerkrankungen. Es versagte ferner die Buttermilch, wie alles andere, in den ganz verzweifelten Fällen von schwer heruntergekommenen Säuglingen mit komplizierenden bronchopneumonischen Herden, Ohreiterungen, Pyodermien usw. Dagegen gelang es doch, bei einigen Fällen mit chronischem Darmkatarrh, welche neben schlechtverdauten, übelriechenden Stuhlentleerungen katarrhalische Entzündungen von seiten der Lungen aufwiesen und schwer heruntergekommen waren, mit Buttermilch den Übergang zu anderer Ernährung zu bewerkstelligen. Die Ernährung mit Buttermilch darf jedoch nicht zur Zeit eines akuten Schubes einsetzen und wird von solchen Säuglingen meist nur kurze Zeit vertragen. Sie bringt aber den Patienten rasch etwas vorwärts und ermöglicht es, nachher mit Erfolg eine andere Ernährungsform einzuleiten. Grätzer.

E. Smaniotto, Praktische Untersuchungen über die Anwendung roher und gekochter formolisierter Milch bei Verdauungsstörungen der Säuglinge. (La Pedriatria. April 1905.) Die Arbeit bildet einen Teil der von Tedeschi und seinen Schülern

Aus Vereinen und Versammlungen.

Neue Bücher.

Neue Dissertationen.

Therapeutische Notizen.

Monatschronik.

Centralblatt für Kinderheilkunde.

Eine Monatsschrift für praktische Ärzte.

XI. Jahrgang. 1. Januar 1906. No. 1.

I. Originalbeiträge.

Über Verdauungsstörungen künstlich genährter Kinder.

Von

S.-R. Dr. **L. Fürst** (Berlin).

An zwei Klippen scheitert leicht das Bemühen, das Kind ohne Frauenmilch mit der Flasche aufzuziehen. Einerseits ist es das Kasein der Kuhmilch, das in seiner kompakt-klumpigen Gerinnung den Verdauungssäften des Magens und Darms viel schwerer zugänglich ist, als das zartflockige Kasein der Frauenmilch, sich von dem letzteren auch durch schwerere Löslichkeit, durch Zurückbleiben eines „schädlichen Eiweißstoffes" unterscheidet. Andererseits ist es oft der Überschuß von Fett, welchen der kindliche Darm nicht zu bewältigen vermag, vielmehr in Gestalt der berüchtigten Fettdiarrhöe wieder ausscheidet. Im ersteren Falle ist die Rahmarmut der Kuhmilch, im letzteren ein Rahmüberschuß als ursächliches Moment für Verdauungsstörungen mit Recht bezeichnet worden, Störungen, welche manches Kind mit langwierigen Magendarmleiden und mit Atrophie, oft sogar mit dem Leben bezahlen muss.

Für das Kind in den ersten zwei Lebensjahren ist aber jede Störung seiner Ernährung eine ernste, kritische Sache, mag nun ein Fehler in der qualitativen Zusammensetzung und Bereitung der Kuhmilch oder ein „Zuviel" der Portionen daran Schuld sein. Jede unphysiologische Ernährung rächt sich, und zwar um so bedenklicher, je weiter sich die künstliche Ernährung von der natürlichen durch Frauenmilch entfernt, je weniger sie dem in dieser uns gegebenen Vorbilde entspricht. Gewiß ist auch die Anwesenheit von pathogenen Keimen eine häufige Krankeitsursache, während die Gefahr der nichtpathogenen Milchkeime, die früher stark überschätzt wurde, jetzt als geringer gilt. Sagt doch selbst Biedert in seinem klassischen Werke über Kindererziehung (5. Aufl. S. 185): „Es kommt auf eine Handvoll Pilze nicht so sehr an." Viel wichtiger ist nach ihm die „Überfütterung" und der ungenügende Ausgleich der Differenzen zwischen Kuh- und Frauenmilch.

In dem Eiweiß der Kuhmilch, dem Kasein, erblickt auch Biedert, gleich vielen anderen Forschern, einen Bestandteil der Kindernahrung, den die Verdauungsorgane nur schwierig und unvollkommen zur Lösung und zur Resorption bringen können. Hier Abhilfe zu schaffen, regulierte er zunächst aufs sorgfältigste die Ver-

unternommenen Untersuchungen, um die Behringschen Angaben nachzuprüfen. Verf. hat bei mehrere Monate alten Säuglingen Milch mit einem Formolzusatz von 1 : 5000 und 1 : 10000 angewandt; die Milch wurde von den Kindern ohne jede Schwierigkeit genommen und zwar längere Zeit hindurch (15—20 Tage) gut vertragen. Verf. glaubt nicht an die Formolwirkung allein; denn wenn er an Stelle von roher formolisierter Milch gekochte formolisierte gab, so ging es den Kindern weniger gut und die Entleerungen zeigten nach einigen Tagen dyspeptischen Charakter; er ist vielmehr geneigt, die günstige Wirkung allein dem Gebrauch der rohen Milch zuzuschreiben. Der Gebrauch formolisierter Milch kommt — das ist sein Resümee — nur für ekzeptionelle Fälle und auf kurze Zeit in Frage und zwar besonders, wenn man ungekochte Milch geben will, diese aber nicht frisch gemolken oder durch Kälte konserviert anwenden kann. F.

Silvestri, Semiotische Beobachtungen einiger mit verschiedenartig behandelter Milch ernährter Säuglinge. (Osservazioni semeiotiche di alcumi dispeptici alimentati con cette variamente trattato.) (La Pediatria. 1905. No. 4.) Auf Grund seiner nicht sehr zahlreichen Beobachtungen kommt Verf. zu dem Ergebnis, daß dem Kuhserum Wirkungen auf den Chemismus der Verdauung zukommen, die eine Umänderung der dyspeptischen Stühle herbeiführen und den Allgemeinzustand der dyspeptischen Kinder günstig beeinflussen. Mit Glyzerin versetztes Serum erwies sich wirksamer als formalinisiertes Serum. Das beigemischte Glyzerin oder Formalin schadet in der angewandten Dosis nichts und beeinträchtigt die günstige Wirkung das Serums keineswegs. F.

Giacomo Silva, Untersuchungen über die intestinale Bakterienflora bei Dyspeptischen, die mit verschieden behandelter Kuhmilch ernährt wurden. (La Pediatria. April 1905.) Verf. hat die Veränderungen studiert, die sich bei der Intestinalflora dyspeptischer Kinder konstatieren lassen, wenn man der zur Nahrung verwandten Milch Kuhserum, die mit Glyzerin oder Formalin versetzt ist, hinzufügt. Er fand, daß nach Zusatz glyzerinisierten Serums die Bakterienflora sich dem bei Ernährung mit Muttermilch üblichen Typus nähert; derselbe Effekt tritt ein bei Zusatz von 1 $^0/_{00}$ igem Formalinserum, jedoch in geringerem Grade. Der Erfolg ist jedoch nur erzielt, wenn das Serum frisch ist. Die Resultate sind dieselben, wenn das Serum aus arteriellem und venösem Blut gemischt ist. F.

M. Hohlfeld, Über den Umfang der natürlichen Säuglingsernährung in Leipzig. (Deutsche med. Wochenschrift. 1905. No. 35.) H. hat statistische Erhebungen angestellt an der Poliklinik des Leipziger Kinderkrankenhauses, so daß das Material die große Masse der städtischen Bevölkerung umfaßt. Die Ermittelungen wurden auf alle Kinder bis zu 15 Jahren ausgedehnt. Von den 5023 Kindern, welche in Betracht kamen, gehörten 1666 dem ersten Lebensjahre an. Es wurde nur die Häufigkeit und Dauer der ausschließlichen Ernährung an der Brust festgestellt. Von den 4891 Kindern, über

die genauere Angaben vorlagen, wurden 2725 (= 55,71 %) gestillt; fast die Hälfte der Kinder erhielt also die Brust überhaupt nicht oder weniger als 8 Tage. Nimmt man eine 6monatige Ernährung an der Brust als ausreichend an, so waren es nur 1090 Kinder, die hier zählten. Also nur etwa 25—30 % der Säuglinge erhielten eine ausreichende Ernährung an der Brust. Ferner zeigte die Statistik noch das wichtige Faktum, daß die natürliche Ernährung des Säuglings in Leipzig in andauerndem Rückgange begriffen ist.

Wie ist nun dieser Rückgang aufzuhalten? H. forschte bei 1000 nicht gestillten Kindern der drei ersten Lebensjahre den Gründen für das Nichtstillen nach. Diese Gründe lagen nur in 46 Fällen beim Kinde selbst, in allen übrigen bei der Mutter, und zwar waren es drei Kategorien von Müttern: Solche, welche angeblich keine Nahrung hatten, solche, welche krank waren, endlich solche, welche unter dem Drucke der sozialen Lage handelten. 425 Kinder, also fast die Hälfte, stammten von Müttern der ersten Kategorie ab, 325 fallen auf die zweite und 146 auf die dritte Kategorie. Man könnte sich dadurch veranlaßt fühlen, den Rückgang der natürlichen Ernährung in erster Linie auf die Abnahme des Stillvermögens zurückzuführen. Stillunvermögen bestand aber nur in der Anschauung der Mutter selbst. Aber nur der Ernährungsversuch kann ja die Entscheidung über das Stillvermögen bringen. Und selbst, wenn solche Versuche von den Müttern gemacht worden sind, ist es doch sehr fraglich, ob dieselben richtige Beurteilung erfahren haben. Denn Schreien des Kindes wird bekanntlich meist darauf zurückgeführt, daß das Kind zu wenig Nahrung erhalten hat. Allein die Wage darf aber hier maßgebend sein. Nur wenn uns diese einen Rückgang des Körpergewichtes angibt, der über das Maß des Physiologischen hinausgeht, dürfen wir uns entschließen, neben der Brust die Flasche zu geben, und wenn sie einen Stillstand des Körpergewichts verzeichnet, müssen wir mindestens 8 Tage warten, ehe wir zur Beinahrung übergehen; denn ein Stillstand ist auch bei ausreichender Nahrung nichts Seltenes. Bei den 425 Kindern dieser Kategorie ist sicher nach diesen Prinzipien nicht verfahren worden. Die Mütter entschließen sich sehr rasch zur künstlichen Ernährung, weil sie nicht wissen, wie sehr diese hinter der natürlichen zurücksteht. Hier kann nur erzieherische Tätigkeit wirken, darauf hinzielend, den Müttern vor Augen zu führen, wie unersetzlich die Muttermilch ist. Wie steht es nun mit der Krankheit der Mutter als Hindernis für die Brusternährung? Nur bei 51 bestanden schwere Erkrankungen der verschiedensten Organe, und diese fallen ohne weiteres aus. Aber 54mal waren Entzündungen der Brüste der Grund für Nichtstillen, 196mal Blutarmut, Nervosität, Schwäche usw., 24mal „Kränklichkeit". Eine Entzündung der Brustdrüse ist nur dann ein Grund zum Nichtstillen, wenn sie doppelseitig auftritt. Bei Blutarmut, Schwäche usw. sollte aber auch nur der Ernährungsversuch maßgebend sein, und dieser wird in sehr vielen Fällen gewiß günstig ausfallen. Auch hier dürften Belehrungen recht gute Früchte tragen. Da, wo die soziale Lage aber das Stillen verhinderte, da muß nätürlich die soziale Fürsorge eintreten, um wenigstens einem Teile der Kinder die natürliche Nahrung zugänglich

zu machen, wie es ja bereits vielfach geschieht. So dürfte der Rückgang der natürlichen Ernährung auf verschiedene Weise wirksam aufzuhalten sein.

Grätzer.

Hermann Brüning, Untersuchungen der Leipziger Marktmilch, mit besonderer Berücksichtigung der in derselben nachweisbaren Streptokokken. (Jahrbuch für Kinderheilkunde. Bd. 62. Heft 1.) Nach Petruschky und Kriebel rührt die hohe Sommersterblichkeit der Säuglinge her von der durch die Wärme bedingten ungeheuren Vermehrung der in jeder Milch vorhandenen Bakterienkeime, namentlich der am zahlreichsten darin enthaltenen Streptokokken. Nach ihnen gleicht ein auf dem Deckglas gefärbtes Tröpfchen frischer Sommermilch bakteriell fast genau einem Eiterpräparat. Zum Vergleich und zur Nachprüfung dieser Befunde untersuchte B. die Leipziger Marktmilch hinsichtlich der in ihr nachweisbaren Streptokokken, wobei er gleichzeitig auf Reaktion, Fettgehalt u. a. achtete. An 40 Milchproben, die zur Untersuchung kamen, bestätigte er insofern die obigen Angaben, als er in 93 % der Leipziger Marktmilch Streptokokken nachwies, deren Anzahl zwischen 100 und 1 Million pro Kubikzentimeter schwankte. Die aus der Milch isolierten Streptokokken sind in ihren Wachstumsbedingungen verschieden; und zwar handelt es sich um grampositive, dickere, kurzgliedrige Ketten und gramnegative, in Diploanordnung liegende, sowie um sehr zarte, wiederum grampositive Formen. Die beiden letzteren Stämme waren für Mäuse und Meerschweinchen nicht pathogen, während die Überimpfung von 0,5 ccm Bouillonkultur von Streptococcus I auf weiße Mäuse deren Tod innerhalb 24 Stunden herbeiführte. Die regelmäßige Verwendung der Reaktionen von Schardinger und von Storch zur Unterscheidung von roher und gekochter Milch[1]) bestätigte diese Reaktionen, falls die Reagentien frisch sind, als für die allgemeine Praxis recht brauchbare Methoden.

Hecker.

Arth. Schlossmann, Über den derzeitigen Stand der Frage der künstlichen Säuglingsernährung. (Aus dem Dresdner Säuglingsheim.) (Die Heilkunde. November 1905.) S. gibt in der wichtigen Ernährungsfrage seine persönliche Anschauung wieder, die er durch genaueste Beobachtung eines sehr umfangreichen Materials im Laufe der Zeit gewonnen hat. Einige Punkte seien hier hervorgehoben.

Es kommt bei der künstlichen Ernährung vor allem darauf an, eine reine, gut konservierbare Milch zu gewinnen, was bei richtiger Stallhygiene leicht gelingt. Trockenfütterung hat mit der Güte einer „Kindermilch" nichts zu tun. Die einzige Forderung, die S. in bezug auf die Fütterung der Milchtiere stellt, ist die, daß nur diejenige

[1]) Das Prinzip derselben besteht darin, daß bei der Storchschen Reaktion durch Oxydation nach Zusatz von Wasserstoffsuperoxyd und Parapenylendiaminlösung in der Milch Blaufärbung eintritt, welche bei gekochter Milch vermißt wird, während bei der Schardingerschen Probe frische Milch Formalinmethylenblaulösung beim Erwärmen entfärbt, ältere Milch bei Methylenblaulösung allein verblaßt und gekochte Milch in keiner von beiden Mischungen einen Farbenumschlag hervorzurufen imstande ist.

Nahrung zu vermeiden ist, bei der die Kühe selbst eine Indisposition zeigen, oder bei der Stoffe in die Milch übergehen, welche auf das Kind schädlich wirken können. Gerade in letzter Hinsicht sind die Vorteile des Weideganges in die Augen springend; denn hier entscheidet das Tier selbst mit seinem sicheren Instinkt, was es fressen will, und wendet sich von den giftigen Pflanzen ab, während es in der Langeweile des Stalles wahllos in seinem Heu alles frißt, um so mehr, als durch den Trocknungsprozeß der charakteristische Geruch der Pflanzen verloren geht.

Die Tiere selbst müssen natürlich gesund, vor allem frei von Tuberkulose sein. S. ist jetzt zur Überzeugung gelangt, daß es wirklich der Verdauungstraktus ist, der die Eingangspforte für die Tuberkulose bildet. Man muß daher durchaus auf tuberkulosefreies Vieh dringen, und der Kampf gegen die Tuberkulose der Milchkühe ist unermüdlich fortzusetzen.

Ein wesentlicher Punkt ist ferner, daß man die Überlastung des kindlichen Magens mit Flüssigkeit vermeidet. S. bedient sich nie einer stärkeren Verdünnung als die mit dem gleichen Teile Wasser und wendet auch bei neugeborenen Kindern keine stärkeren Verdünnungen an. Es gilt als Gesetz, daß die Kinder während des ganzen ersten Lebensjahres nie mehr als 1 l Flüssigkeit pro die erhalten. Eine Idealernährung stellt diese verdünnte Kuhmilch freilich nicht dar; im Gegenteil, nur wenn die absolute Unmöglichkeit, zu einer zweckmäßigeren Zusammensetzung der Säuglingsnahrung vorliegt, würde S. zu einer solchen einfachen Verdünnung als Notbehelf greifen. Für das gesunde Kind ist S. Anhänger einer fettreichen Nahrung. Kein Bestandteil der menschlichen Nahrungsmittel hat einen gleich hohen kalorimetrischen Wert wie das Fett, kein anderes führt in so kompendiöser Form die gleiche Menge Energie zu, als fettreiche Milch. Man kann zur Sahnegewinnung sich eines Separators, einer Milchzentrifuge, bedienen, aber auch einfach, wenn man gute, frische Sahne aus der Molkerei erhalten kann, sich dieser als Zusatz bedienen.

Ein scheinbarer Gegensatz zu diesem Prinzip bildet die Empfehlung der fettfreien, aber eiweißreichen Buttermilch. Und doch ist auch diese für gewisse Fäile eine recht geeignete Nahrung. Der Nutzen, den man oft genug mit ihr erzielt, ist einmal auf Ersparnis von Körperarbeit, von minderer Belastung des Verdauungsapparates zurückzuführen. Das Eiweiß ist in der Buttermilch äußerst fein gewonnen und zerteilt; der Magen braucht nicht die Säure zur Ausfällung zu produzieren und spart sich vor allem die motorische Arbeit, die nötig ist, um die Kaseingerinnsel wieder zu verkleinern. Zweitens wirkt die Buttermilch fermentlockernd, sie regt geradezu die Epithelien des Verdauungsschlauches zu gesteigerter Tätigkeit an. Es ist die Buttermilch ein sehr billiges diätetisches Heilmittel, das bei atrophischen und schlecht zunehmenden Kindern oft die besten Erfolge zeitigt. Setzt man der Buttermilch dann noch etwas Sahne zu, so daß der Fettgehalt auf etwa 3 % gebracht wird, so kann man viele Monate damit fortfahren und die Kinder glänzend gedeihen sehen.

Vom Pasteurisieren der Milch hält S. nichts. Das beste wäre es, wenn die Verhältnisse es heute schon gestatteten, von roher Milch

in weitestem Umfange Gebrauch zu machen. Zweifellos gehört die Zukunft der aseptisch gewonnenen und entsprechend behandelten, der rohen, lebenden Milch! Die einzige Kindermilch im wahren Sinne des Wortes ist und bleibt freilich die Milch der Mutter, und es ist die vornehmste Pflicht der Ärzte, immer wieder zur Verallgemeinerung dieser Erkenntnis beizutragen. Grätzer.

Martin Hohlfeld, Über rohe Milch als Säuglingsnahrung. (Jahrbuch für Kinderheilkunde. Bd. 62. Heft 1.) Seine Versuche an atrophischen und chronisch magendarmkranken Kindern führen den Verf. zu der Ansicht, daß bei solchen Affektionen die rohe Milch von unzweifelhaft guter Wirkung sein kann. Er bestätigt die Erfahrungen Monrads, daß es bei Kindern, die mit gekochter Milch ernährt werden, ein Erbrechen gibt, das nur sistiert, wenn die Milch weggelassen oder roh gegeben wird. In allen Fällen hartnäckigen und sonst nicht zu beeinflussenden Erbrechens bei Säuglingen, die mit gekochter Kuhmilch ernährt werden, wird man also einen Versuch mit frischer, roher Kuhmilch zu machen haben.

Hecker.

B. Salge, Immunisierung durch Milch. (Jahrb. f. Kinderheilk. 61. Bd. 3. Heft.) Polemik gegen Siegert und gegen Bartenstein, welche die von S. in den obigen Versuchen angewandte Marxsche Methode für nicht genau genug halten. Nachdem entschieden war, daß der Säuglingsdarm Antikörper, die in heterogenem Serum enthalten sind, nicht durchläßt, wohl aber mit der Frauenmilch zugeführte Antikörper, galt es zu entscheiden, ob die Heterologie, bzw. Homologie des Serums an sich schuld an dem Ausfall des Versuches war, oder ob das Resultat davon herrührte, daß das eine Mal Blutserum, das andere Mal Milch der Träger der Immunkörper war. Zur Entscheidung dieser Frage fütterte Verf. Kinder mit Milch von immunisierten Tieren und zwar drei Kinder mit Diphtherieimmunmilch und ein Kind mit Typhusimmunmilch. Der negative Ausfall auch dieser Versuche läßt darauf schließen, daß die Fütterung mit artfremder Milch, in welcher antitoxische oder bakterizide Substanzen mit Sicherheit nachgewiesen sind, nicht zu einer Übertragung dieser Körper auf den menschlichen Säugling führt.

Hecker.

Georges Vitry (Paris), Etude sur la physiologie de la nourrice, en particular au point de vue de sa résistance aux maladies. (Revue mens. des malad. de l'enf. Sept. 1905.) Der Verf. hat Untersuchungen an stillenden Frauen und Tieren angestellt und teilweise die Ergebnisse früherer Untersuchungen bestätigt, teilweise neue Erfahrungen denselben hinzugefügt, dahin lautend, daß stillende Frauen (und Tiere) sich im Zustande physiologischer Inferiorität befinden und krankhaften Einflüssen vielmehr ausgesetzt sind, als nicht stillende. So z. B. findet man fast bei allen Stillenden Fettansammlungen in der Leber und auch fettige Degenerationen, ferner sehr oft Glykosurie, namentlich bei jenen, welche das Säugegeschäft für kurze Zeit aussetzen oder nicht die Gesamtmenge ihrer Milch verbrauchen. Die Untersuchungen der Stickstoffausscheidung ergaben

bei stillenden Frauen eine Verminderung des Stoffwechsels, so daß dieselben den mit dieser Veränderung verbundenen Krankheiten ausgesetzt erscheinen. Die Untersuchung des Blutes ergibt eine Verminderung der roten Blutkörperchen, einen gewissen Grad von Leukozytose mit Vorwiegen mononuklearer Elemente und endlich eine Verminderung der Alkalinität des Blutes.

Experimentell wurde festgestellt, daß die Einnahme von 200 g Zucker bei stillenden Frauen Glykosurie hervorruft, während dies bei gewöhnlichen Frauen nicht der Fall ist. Injiziert man Kaninchen eine gewisse Zuckermenge in das Peritoneum, so findet man Zucker im Harne, während dies mit der gleichen Menge bei die Jungen nicht säugenden Kaninchen nicht der Fall ist.

Die antitoxische Kraft der Leber ist bei Stillenden vermindert. Eine mit einer gewissen Menge von Leberparenchym zerriebene Nikotinlösung ist viel giftiger, falls es sich um eine stillende Person handelt, als sonst. Die Resistenz gegen Infektionen, namentlich gegen Tuberkulose, ist bei Stillenden erheblich größer; auch bei Tieren kann dies experimentell festgestellt und erwiesen werden. E. Toff (Braila.)

Richard Weigert, Über den Einfluß der Ernährung auf die chemische Zusammensetzung des Organismus. (Jahrb. f. Kinderheilk. 61. Bd. 1. Heft.) Die anfangs an Mäusen, später an Hunden ausgeführten Versuche ergaben u. a., daß der Wassergehalt der Tiere abhängig ist von ihrem Alter und von der Ernährungsweise. Die Schwankungen des Wassergehaltes sind nicht allein bedingt durch die Zunahme oder Abnahme des Fettgehaltes des Tierkörpers, sie sind auch begründet in einem verschieden großen Gehalt an fettfreier Trockensubstanz. Die Zunahme an fettfreier Trockensubstanz bezieht sich in gleicher Weise auf den Gehalt an Stickstoff und Asche. Von den Tieren, die mit eiweiß- und fettreicher Kost (Sahne), eiweiß- und kohlehydratreicher, aber fettarmer Kost (Buttermilch), kohlehydratreicher, aber eiweiß- und fettarmer Kost (Fleischbrühe mit Semmel und Zuckerzugabe, vegetabilischer Nahrung) ernährt wurden, zeigen diejenigen den höchsten Gehalt an fettreicher Trockensubstanz, die mit eiweiß- und fettreicher Nahrung aufgezogen wurden. Hecker.

Leo Langstein und **Ludwig F. Meyer,** Die Acidose im Kindesalter. I. Mitteilung. Die Acidose des älteren Kindes. (Jahrb. f. Kinderheilk. 61. Bd. 3. Heft.) Die Acidose, d. h. die Bildung und Ausscheidung von Acetonkörpern soll nach Friedrich Müller eine besondere Eigentümlichkeit des Kindes sein. Diese Körper entstehen aus den Fetten wahrscheinlich so, daß beim Abbau des Fettes im Organismus zuerst Oxybuttersäure sich bildet, aus ihr durch Oxydation die Acetessigsäure und aus dieser durch Kohlensäureabspaltung das Aceton. Im Urin tritt bei Kohlehydratkarenz zuerst das Aceton, dann die Acetessigsäure und erst nach längerer Zeit die Oxybuttersäure auf. Nachdem L. F. Meyer schon bei Gelegenheit von Untersuchungen über die Acetonurie bei Infektionskrankheiten der Kinder das außerordentlich häufige Vorkommen der Ausscheidung von Acetonkörpern hatte konstatieren können, suchten die Verff. experimentell

zu prüfen, ob die von F. Müller supponierte Neigung zur Acidose bei Kindern besteht und wie sie sich äußert. Sie suchten sich zunächst über den Fettstoffwechsel bei Kindern im Alter von 6—14 Jahren zu orientieren. Diese bekamen einige Tage hindurch ausschließlich Eiweißfettdiät mit vollständiger Ausschließung der Kohlehydrate. Sie reagierten ohne Ausnahme darauf mit erhöhter Ausscheidung von Acetonkörpern. Um ein genaues Maß der im Körper bestehenden Acidose zu erhalten, wurde quantitativ bestimmt das Aceton im Urin (stets inklusive der Acetessigsäure), das Aceton der Ausatmungsluft und die Oxybuttersäure im Urin; gleichzeitig wurde auch untersucht die Gesamtstickstoff- und Ammoniakausscheidung durch den Urin.

Wie sich ergab, erreichte die Menge des Acetons im Urin zwar absolut genommen nicht die bei Erwachsenen festgestellten Werte, im Verhältnis zum Körpergewicht dagegen übertrifft das Urinaceton des Kindes das des Erwachsenen an Quantität. Auch scheint die Acetonurie um so schneller und intensiver einzusetzen, je jünger das Kind ist.

Die Ausscheidung des Acetons in der Atemluft verhält sich bei Kohlehydratkarenz vollkommen anders als bei Erwachsenen und diesen im Alter nahestehenden Kindern. Das ergibt sich aus dem Umstande, daß der Hauptteil des im Organismus gebildeten Acetons bei den untersuchten 6 jährigen Kindern durch die Lungen ausgeschieden wurde. Die Quantität des exhalierten Acetons überstieg die bei gemischter Kost gefundenen Werte einmal um das 19 fache, ein andermal sogar um das 60 fache. Im Gegensatz hierzu pflegt bei Erwachsenen das Atemaceton sich nur um das 3 fache zu vermehren.

Der Hauptanteil des Acetons wird bei jungen Kindern durch die Atemluft eliminiert. Dieser Anteil überragt die bei Erwachsenen gefundenen Werte beträchtlich.

Die Gesamtacetonmenge, die das jüngere Kind bei Kohlehydratkarenz ausscheidet, ist höher als bei Erwachsenen und älteren Kindern.

Acetessigsäure ist stets nachweisbar — bei den 6 jährigen Kindern bereits am zweiten Tage des Kohlehydratmangels.

Oxybuttersäure kann nach den Angaben Naunyns bei Kohlehydratkarenz im Urin erscheinen — sie erscheint nach Magnus-Levy stets bei intensiver Acetonausscheidung —; in allen fünf Fällen, in denen nach Oxybuttersäure gesucht wurde, konnte sie mit Bestimmtheit nachgewiesen werden. Und zwar schieden die 6 jährigen Kinder größere Mengen aus als ältere und auch mehr wie die meisten daraufhin untersuchten Erwachsenen.

Das Allgemeinbefinden der Kinder war bei den Versuchen fast stets in Mitleidenschaft gezogen. Die Kinder waren schlaff, müde, unlustig; Symptome, die aber nicht ohne weiteres auf die im Körper des Kindes vorhandene Acidose geführt werden kann, da die einseitige Diät als solche auch wohl Unlustgefühle hervorzubringen imstande ist.

Die Untersuchungen haben also gezeigt, daß in der Tat junge Kinder eine Neigung zur Acidose haben, d. h. daß sie frühzeitiger

und intensiver mit einer Ausscheidung von Acetonkörpern auf Kohlehydratkarenz reagieren als Erwachsene.

Verff. glauben mit Bestimmtheit aus den Untersuchungen schließen zu können, daß eine fettreiche Nahrung bei der geringsten Störung im Kohlehydratstoffwechsel zu Änderungen im Stoffwechsel führt, deren schädigende Wirkung auf den Organismus heute noch nicht übersehen werden kann. Hecker.

Peter Misch, Zur Kenntnis des periodischen Erbrechens im Kindesalter. (Jahrb. f. Kinderheilk. 61. Bd. 3. Heft.) Eine Anzahl von Fällen periodischen Erbrechens in der zweiten Kindheit zeigen gemeinsam das Fehlen jeder nachweisbaren Organerkrankung, dagegen übereinstimmend Fieber, starkbelegte Zunge, katarrhalische Angina, einen mehr oder weniger ausgesprochenen Acetongeruch aus dem Munde, beträchtlichen Acetongehalt des Urins, der besonders deutlich bei Nachlassen der übrigen Erscheinungen vermehrt ist, und schließlich auffällige Oligurie. Fast konstant ist eine durch nichts zu überwindende Appetitlosigkeit; meist zeigt sich Verstopfung, häufig aber auch Durchfall. Eigentümlich scheint ferner die Neigung der Erscheinungen zu Rezidiven. Das Ganze dürfte als eine tiefergehende gastrische Störung bei nervösen Kindern und der Acetongehalt als Zeichen des gestörten Stoffwechsels — Kohlehydratinanition — aufgefaßt werden. Hecker.

Josef Kaliski und **Richard Weigert**, Über alimentäre Albuminurie. (Jahrb. f. Kinderheilk. 61. Bd. 1. Heft.) Die alimentäre Albuminurie rührt letzteren Ortes wohl her von einer Insuffizienz der Verdauungsorgane. Nach brüsker Überschwemmung des Verdauungstraktes gesunder Kinder mit großen Mengen von Eiereiweiß (bis zu 22 Eiern im Tag!) zeigte sich, daß es bei Verabreichung von gekochtem Eiweiß nie und von rohem Eiweiß nur selten gelingt, Albuminurie zu erzeugen. Auch bei Kindern mit zyklischer Albuminurie ist es in zwei Fällen nicht „geglückt", alimentäre Albuminurie zu erzeugen. —

Solche Versuche sind nach des Referenten Ansicht doch nicht unbedenklich, wenn es auch hier gut gegangen ist. Die ärztliche Ethik sollte niemals über der ärztlichen Wissenschaft vergessen werden! Hecker.

L. F. Meyer, Zur Kenntnis der Phenolausscheidung beim Säugling. (Aus der Universitätskinderklinik zu Breslau.) (Monatsschrift f. Kinderheilk. Oktober 1905.) M.s Untersuchungen gingen nach zwei Richtungen. Erstens suchte er die Quantität des vom Säugling ausgeschiedenen Phenols, zweitens das Schicksal des eingeführten Phenols zu ermitteln. Er untersuchte deshalb das Phenol und die Ätherschwefelsäure des Urins. Die beim Säugling gefundenen Werte des Phenols wurden im Vergleich zu der Normalzahl bei Erwachsenen relativ hoch befunden, ein Zeichen, daß die Darmfäulnis des Säuglings in dieser Richtung doch recht intensiv sein muß. Die überhaupt niedrigsten Werte wurden bei nur mit Brustmilch genährten Säuglingen ermittelt; die Fäulnis bei Kuhmilchernährung läßt weit

mehr Phenol entstehen. Ein Zusammenhang der Phenolzahlen mit der Beschaffenheit der Stühle war nicht nachweisbar. Das Alter der Kinder übt insofern Einfluß aus, als durch die Beikost größere Fäulnis zustande kommt, mehr Phenol ausgeschieden wird. Krankheiten des Säuglings scheinen ohne wesentlichen Einfluß auf die Ausfuhr der aromatischen Substanzen zu sein.

Wie verhielt sich nun die Entgiftung des eingeführten Phenols? Die Entgiftung durch die Synthese zu Ätherschwefelsäure fand in allen Fällen — bei Gesunden und Schwerkranken — in ausgesprochener Weise statt. Schwitzende Rachitiker, hochfiebernde, ja auch chronisch magendarmkranke Kinder — bei diesen letzteren ist damit wiederum eine Funktion der Leber als intakt bewiesen — zeigten also eine normale Entgiftung für Phenol.

Diese Resultate haben auch einen gewissen praktischen Wert. Wenn wir in der Praxis sehen, daß viele Säuglinge nicht imstande sind, Kuhmilch oder deren Derivate zu assimilieren, ja oft durch einwandfreie Kuhmilch zugrunde gerichtet werden, so ist der Gedanke, daß vielleicht eine Störung der Entgiftung eines intermediären Abbauproduktes der Nahrung vorliegt, nicht von der Hand zu weisen. Eine solche Störung ist aber nur dann zu eruieren, wenn wir den Organismus die uns bekannten Entgiftungsfunktionen vollziehen lassen.

Grätzer.

I. Mitulescu (Bukarest), Studium über die Methoden zur quantitativen Bestimmung des Chlors im Magen. (Spitalul. No. 17. 1905.) Um die sekretorische Tätigkeit des Magens richtig beurteilen zu können, ist die Bestimmung der Gesamtmenge des Chlors, sowohl des freien als auch des gebundenen, von Wichtigkeit. Hierzu ist als die beste Methode jene von Volhard, wie sie von Martius und Luttke zur Analyse des Magensaftes angewendet worden ist, anzusehen; die Titrierung wird am vorteilhaftesten mit Rhodan-Ammonium vorgenommen, da man auf diese Weise die untere Grenze der Färbung rascher und besser beobachten kann, als bei Benützung von salpetersaurem Silber. Das freie Chlor wird am besten durch die kalorimetrische Methode bestimmt, während das gebundene durch Abziehen dieser Zahl von derjenigen, welche das Gesamtchlor repräsentiert, erhalten wird. Für approximative Werte ist auch die Töpfersche Methode anwendbar. M. hat seinen Untersuchungen vergleichende Analysen aus künstlich dargestellten Magensäften vorangeschickt, um über die Genauigkeit der verschiedenen Untersuchungsmethoden sichere Anhaltspunkte zu gewinnen. E. Toff (Braila).

L. Jehle, Eine einfache Methode zur sterilen Stuhlentnahme bei Kindern. (Aus der k. k. pädiatr. Klinik in Wien.) (Münchener med. Wochenschrift. 1905. No. 48.) An Glasröhren verschiedenen Kalibers, welche etwa 5—6 ccm fassen, nach unten zu konisch verlaufen, und blind endigen, werden am unteren Ende 3—6 kleine Öffnungen angebracht. Das obere, etwas verjüngte Ende wird durch einen kleinen Wattepfropf verschlossen. Zur Stuhlentnahme wird ein solches — vorher sterilisiertes — Glasrohr mit physiologischer Kochsalzlösung gefüllt, dann durch den mit dem Finger der linken

Hand etwas auseinandergezogenen After etwa 5—6 cm tief ins Rektum eingeführt. Nun wird der Inhalt bis auf einen kleinen Rest eingeblasen. Sowie man mit dem Blasen aufhört, steigt die Flüssigkeit sofort spontan aus dem Darmlumen in das Glasrohr. Dabei werden auch feste Bestandteile, wie Schleim, Eiter, Kotpartikelchen mitgerissen.

Grätzer.

Wilhelm Wernstedt (Schwede), Einige Worte über ein oxydierendes Ferment als Ursache des grünen Säuglingsstuhls. (Hygiea. 1905. No. 8.) Die Abhandlung hat den Charakter einer vorläufigen Mitteilung. Der Verf. hebt erstens hervor, daß der normale und grüne Säuglingsstuhl nicht nur durch die Farbe verschieden sind, sondern auch dadurch, daß der grüne Stuhl schleimiger ist, und die Grünfärbung ist eben am stärksten in den Schleimflocken. Er zeigt ferner, daß der Säuglingsstuhl und speziell der schleimige Stuhl einen Stoff enthält, der bei dem Vorhandensein von Wasserstoffsuperoxyd Guajakol zu oxydieren vermag; die Reaktion — eine Rotfärbung — bleibt aus, wenn der Stuhl im voraus einen Augenblick in Wasser gekocht wird; die braunrote Farbe tritt am stärksten im Schleim auf und dann an den Kernbildungen der polynukleären Leukozyten gebunden. Da die grüne Farbe des grünen Säuglingsstuhls sich ganz auf dieselbe Weise verhält, also am stärksten an dem Schleim, und eben an den Kernbildungen der polynukleären Leukozyten (Schleimkörperchen) gebunden ist, schließt er, daß der Schleim ein auf Bilirubin oxydierend wirkendes Ferment enthält. Die Bedeutung der Färbung fällt im ganzen mit der Bedeutung des Schleims zusammen, nach der Ansicht des Verf. haben diese Erscheinungen keinerlei pathologische Bedeutung, jedenfalls sind sie nicht immer, wie Heubner geschrieben hat, eine Anfangserscheinung der Dyspepsie, können z. B. in den sogenannten Hungerstühlen auftreten.

Adolph H. Meyer (Kopenhagen).

B. Heile, Experimentelle Beobachtungen über die Resorption im Dünn- und Dickdarm. (Mitteilg. a. d. Grenzgebieten der Medizin u. Chirurgie. 14. Bd. 1905.) Bis jetzt lagen keine exakten Versuche über die Resorptionsfähigkeit von Dünn- und Dickdarm vor. H. stellte diesbezügliche Untersuchungen an Hunden mit Fisteln im untersten Teil des Ileums, sowie an Hunden und an Menschen mit ausgeschaltetem Dickdarm an und kam zu folgendem Ergebnis: Der Dünndarm resorbiert das eingeführte Eiweiß ebenso wie Rohrzucker und Traubenzucker sogut wie vollständig, wenn die Mengen der Nahrungsstoffe dem Nahrungsbedürfnis des Körpers entsprechen. Bei Überernährung treten Teile der eingeführten Nahrung unresorbiert in den Dickdarm über, ebenso wenn bei katarrhalischen Zuständen die Resorptionskraft des Dünndarms leidet. Mit den unverdauten Bestandteilen der Nahrung und gewissen Produkten der Darmsekretion treten in den Dickdarm wechselnde, aber anscheinend geringe Mengen der Verdauungsenzyme, welche bei übermäßiger Ernährung die Nahrungsstoffe unter günstigen Bedingungen vielleicht noch im Dickdarm in weiter resorbierbare Produkte überführen können.

Der Dickdarm vermag unverändertes Eiweiß (Hühnereiweiß, Kasein) nicht zu resorbieren. Deshalb sind Eiweißklystiere in dieser Form wertlos. Die Resorption von Wasser, Rohrzucker und Traubenzucker ist im Dickdarm auffallend gering, jedenfalls bei weitem geringer als im Dünndarm. Der Dickdarm resorbiert das Alkali, welches in ihn mit dem Dickdarmkot gelangt. Beim Anus praeternaturalis, Darmausschaltungen usw., können durch die Alkalientziehung unter Umständen schwere Stoffwechselstörungen eintreten.

Starck (Karlsruhe.)

Nicola Fedele, Beitrag zum Gebrauch des „Paraganglin Vassele“ bei gastro-intestinaler Atonie und Prolapsus recti bei Kindern. (La Pediatria II. 1905.) Verf. hat das Mittel bei zehn Kindern mit Magendarmatonie und in drei Fällen von Rectumprolaps angewandt; er hat 40 Tropfen pro die in refracta dosi gegeben. Es wurde in allen Fällen ausgezeichnet vertragen. Die Wirkung bestand darin, daß stets mehr oder minder schnell die Magenauftreibung und die Obstipation verschwanden und die Stühle weniger übelriechend wurden. Ferner wurde der Allgemeinzustand günstig beeinflußt, indem der Appetit sich besserte. F.

Thomas, Réflexions sur l'auto-intoxication digestive et son traitement. (Annales de Méd. et Chir. infant. No. 14. S. 488. 1905.) Verf. bespricht die verschiedenen Ansichten und experimentellen Ergebnisse der Lehre von der Autointoxikation unter besonderer Berücksichtigung des Einflusses, den dieselbe auf die Therapie gehabt hat. Er teilt die Kranken auf Grund seiner Untersuchung ein in folgende drei Gruppen: 1. Kranke, die an einfachen Verdauungsstörungen leiden, 2. solche, die an Verdauungsstörungen in der ersten Kindheit gelitten haben, und deren Folgen (Muskelschwäche, Störung der Sekretion) noch bestehen. Bei diesen kommt es vor allen Dingen darauf an, das Nervensystem zu behandeln. 3. Die gichtisch-nervösen, für die er besondere diätetische Vorschriften gibt.

Schreiber (Göttingen.)

Wm. Tatham (London), Tabes mesenterica. Death rates in England since 1850. (Tuberculosis. 1905. No. 1.) Eine Tabelle gibt die Sterblichkeit in allen Altersklassen an und zeigt, daß dieselbe sowohl in allen Altersklassen als auch in den Altersklassen unter 5 Jahren von 1851/60 bis 1871/80 zugenommen und seitdem allmählich abgenommen hat.

Es scheint eine Beziehung zwischen Tabes mesenterica und Diarrhöe (oder infektiöser Enteritis) zu bestehen. Diese beiden Krankheiten befallen am heftigsten Kinder unter einem Jahre, und die Sterblichkeit betrifft in beiden Fällen besonders die Altersklasse von 3—6 Monaten. Aus den offiziellen statistischen Jahresberichten geht hervor, daß die Sterblichkeit an diesen beiden Krankheiten (Tabes mesenterica und Diarrhöe der Kinder) fast immer zusammen steigt und fällt, sei es wegen der Schwierigkeiten der Diagnose, welche in der Tat oft groß sind, oder sei es, daß Tabes mesenterica wirklich häufiger während Perioden von epidemischer Diarrhöe zu tödlichem Ausgang führt. Grätzer.

J. Reichelt, Ulcus ventriculi im Kindesalter. (Aus der Prof. Frühwaldschen Abteilung an der Wiener allgemeinen Poliklinik.) (Wiener med. Presse. 1905. No. 3.) Die Fälle von echtem Ulcus ventriculi chronic. im Kindesalter sind sehr selten. R. hatte Gelegenheit, einen Fall bei einem 8jährigen Kinde zu beobachten. Der Fall, welcher letal endigte und zur Sektion gelangte, bot manche interessante Momente.

Ätiologisch mußte die vorhandene Hyperazidität, die eigentlich seit dem Säuglingsalter bestehende Dyspepsie als Grundursache angesprochen werden. Die Stellung der Diagnose gestaltete sich recht schwierig. Es konnte nur die Peritonitis mit Sicherheit bei ihrem akuten Einsetzen diagnostiziert werden; bis zum Momente der Perforation fand sich eigentlich kein typisches Ulcussymptom. Schmerzen waren vorhanden, aber nur selten in der Magengrube lokalisiert, häufig in der Seite, nicht in Brust und Arme ausstrahlend, auch nicht gegen die Wirbelsäule zu, woselbst auch kein schmerzhafter Druckpunkt zu finden war. Nahrungsaufnahme ohne besonderen Einfluß. Erbrechen bestand in continuo seit der Geburt und war zuletzt wenigstens ebenfalls von der Nahrungsaufnahme unabhängig; ja Patient verlangte selbst während der Schmerzanfälle ziemlich viel Flüssigkeit zu trinken und behielt dieselbe. Das Erbrechen soll stets stark sauer gerochen haben. Bluterbrechen trat nie auf, auch im Stuhl zeigte sich solches nicht. Trotz der Sitzes des Geschwüres am Pylorusring, an der hinteren Wand der kleinen Kurvatur, kam es zu keiner stärkeren Stenosierung, und damit entfiel wieder ein Symptom, das oft massige Erbrechen.

Grätzer.

Arnold Orgler, Über Entfettungskuren im Kindesalter. (Jahrbuch f. Kinderheilkunde. Bd. 61. Heft 1.) Damit der zu entfettende Organismus kein Eiweiß von seinem Bestande abgibt und damit dem psychischen Moment der Sättigung Rechnung getragen wird, muß die Nahrung so gewählt werden, daß sie bei großem Volumen dem Körper nur wenig Kalorien zuführt. Keine Oertel-Kur, bei welcher der Gewichtsverlust weniger durch Fettschwund als durch Wasserverarmung erzielt wird; sondern nach dem Vorgange von Rosenfeld: Vermeidung von Fett, Darreichung der voluminösen aber kalorienarmen Kartoffel und Zufuhr großer Flüssigkeitsmengen. Ein 13 ½ jähriger, mit konstitutioneller Fettleibigkeit behafteter Knabe von 72,2 kg Körpergewicht nahm auf diese Weise in 4 Wochen ohne Beschwerden um 4 ½ kg ab. Das Tagesmenu lautete beispielsweise: 1. Frühstück: 100 ccm Tee mit Sacharin, 45 g Semmel, 10 g Honig. 2. Frühstück: 100 ccm Wasser, 85 g Semmel, 20 g Honig. Mittagessen: 450 ccm Wasser, 380 g Brühe, 100 g Rindfleisch, 180 g Kartoffel. Vesper: 45 g Semmel. Abendessen: 450 ccm Wasser, 280 g Brotsuppe, 140 g Kartoffel. Ein Stoffwechselversuch ergibt am ersten Tage eine Abgabe von 0,6 g N vom Stickstoff des Organismus, am 2. und 3. Tage positive N-Bilanz, indem 0,3 bzw. 0,4 g N zurückgehalten werden, so daß eine Abnahme von 0,6 g N eine Retention von 0,7 g gegenüber steht, also ein Ansatz von 0,1 g N stattgefunden hat. Ein zweiter Versuch ergibt einen Ansatz von 2,2 g Stickstoff in 6 Tagen. Hecker.

S. Abramow, Beiträge zur Pathogenese des Ikterus. (Virchows Archiv. Bd. 181. Heft 2.) A. behandelt alle nur denkbaren Formen des Ikterus beim Erwachsenen und Neugeborenen in 5 Kapiteln, an deren Spitze je eine umfangreiche Literaturbesprechung steht. Er betont, daß bei den verschiedenen Krankheitsursachen die Entstehung des Ikterus eine verschiedene ist, und daß Ikterus nie an sich eine Krankheit, sondern nur ein Symptom ist. Beim Stauungsikterus kommen Läsionen der Gallenkapillaren zustande, so daß die Galle unmittelbar in das Lymphgefäßsystem der Leber gelangen kann. Man hat bei ihm partiellen und totalen Verschluß der Gallenabflußwege zu unterscheiden; bei ersterem spielen die Gallenthromben ätiologisch eine Rolle, während sie bei diesem nur ein Symptom sind. Beim Ikterus, der auf Zirkulationsstörungen beruht, sind die Gallenthromben gleichfalls von ätiologischer Bedeutung. Es kommt zu umschriebener Eindickung der Galle, wodurch die Gallengänge und -kapillaren verlegt werden. Bei dem Ikterus bei Leberzirrhose spielen verschiedene Momente mit, teils handelt es sich um Stauung, teils um Schädigung der Leberzellen. Diese kann sich einmal in umschriebener Nekrose der Zellen, wodurch der Galle der Übertritt in das Lymphgefäßsystem ermöglicht wird, sodann in Überproduktion von Galle seitens der Zellen äußern. Auch der symptomatische Ikterus bei Infektionskrankheiten beruht auf einer vermehrten Tätigkeit der Leberzellen, auf einer Polycholie. Mechanische Momente, auch Gallenthromben, kommen nicht in Betracht. Gleichfalls auf eine Schädigung der Leberzellen beruht der Ikterus der Neugeborenen. Als Ursache muß die stets nachgewiesene Stauungshyperämie der Leber angesehen werden. Aus den Befunden beim Ikterus läßt sich ein Schluß auch auf die normale Beschaffenheit der Gallenkapillaren ziehen. Die Gallenkapillaren sind nach A.s Ansicht auch innerhalb der Leberzellen ganz selbständige Gebilde, denen möglicherweise sogar ein faseriger Bau zukommt. Der Cuticularsaum der Gallengangsepithelien ist als ununterbrochene, bis in die Zellen reichende Membran aufzufassen. Bennecke (Marburg).

L. Lagrère, Über habituellen Icterus gravis Neugeborener. (Beiträge zur Gynäkologie und Geburtshilfe. Bd. 10. Heft 1.) Verf. bespricht eine in der Univers.-Frauenklinik in Straßburg beobachtete Erkrankung, welche drei hintereinander geborene Kinder der nämlichen Eltern in den ersten Lebenstagen befiel, und welcher zwei dieser Kinder unter schweren Symptomen in kürzester Zeit erlagen. Er erwähnt dann weiter noch einen ähnlichen von Prof. Fehling schon früher in der Hallenser Frauenklinik beobachteten Fall von habitueller Erkrankung eines Neugeborenen. Die betreffenden Erkrankungen haben in ihren Erscheinungen große Ähnlichkeit mit der Buhlschen Krankheit (akute Fettdegeneration der Neugeborenen) und der Winckelschen Krankheit (Cyanosis afebrilis icterica perniciosa cum Haemoglobinuria), unterscheiden sich aber von ersterer Affektion durch das absolute Fehlen jeglicher Degenerationserscheinungen, wie in den beiden zur Sektion gekommenen Fällen nachgewiesen wurde, und von der Winckelschen Krankheit dadurch, daß die bei derselben besonders hervorgehobenen

Symptome der Zyanose und Hämoglobinurie fehlen. L. bezeichnet diesen bis jetzt noch nicht beschriebenen Krankheitsprozeß als habituellen Icterus gravis Neugeborener, welcher wohl durch eine kongenitale Intoxikation der Früchte vermittels geistiger Stoffwechselprodukte des mütterlichen Organismus hervorgerufen wurde. Für eine intrauterine Schädigung der Kinder spricht auch der auffallende Befund, daß bei zwei von diesen, in der Klinik beobachteten Geburten das Fruchtwasser trotz ungestört verlaufener Geburt reichlich Meconium enthielt. Hailmann (München).

J. Langer, Über gehäufteres Auftreten von Icterus catarrhalis bei Kindern in Prag und dessen Umgebung. (Aus dem Kaiser Franz Joseph-Kinderspital in Prag.) (Prager med. Wochenschrift. 1905. No. 24—27.) Die Ergebnisse seiner Beobachtungen faßt L. wie folgt zusammen:

1. Wie in anderen größeren Städten treten auch in Prag und seinen Vororten während der Herbst- und Wintermonate Ikteruserkrankungen in gehäufterer Anzahl auf; der klinische Verlauf dieser Ikterusfälle gleicht dem des katarrhalischen Ikterus.

2. Das erste Lebensjahr erscheint auffallend selten von Ikterus betroffen, das Gros der Erkrankten steht im 2.—6. Jahre.

3. Als Ursache der Krankheit wurden bei $^1/_5$ der Fälle Diätfehler beschuldigt, während bei allen übrigen ein ursächliches Moment nicht angegeben wurde.

4. Neben den Krankheitssymptomen: fieberhafter Beginn, Milztumor, deutet namentlich das in oft größeren Zwischenräumen erfolgende Erkranken von Familienmitgliedern, sowie in regerem Verkehr miteinander stehenden Personen auf die ätiologische Wirkung eines lebenden Virus hin; wir stimmen der Annahme bei, daß der katarrhalische, epidemische Ikterus als eine Infektionskrankheit oder als Symptom einer noch nicht näher bekannten Infektionskrankheit aufzufassen ist.

5. Die Verteilung der Ikterusfälle über das Stadtgebiet ist zwar regellos; bei längerer Beobachtungszeit ergeben sich jedoch deutliche Häufungen der Gelbsuchtfälle ineinander benachbarten Gassen oder selbst in einzelnen Häusern.

6. Das Serum von an Ikterus catarrhalis epidemicus Leidenden zeigte, mit Fickerschem Diagnostikum untersucht, in den Fällen unserer Beobachtung niemals spezifische Agglutination. Grätzer.

Olinto de Oliveira (Porto-Alegre), La Dysenterie amibienne chez l'enfant. (Archives de méd. des enf. Avril 1905.) Der Verf. hat über 100 Fälle von Amöbendysenterie im Laufe von 2 Jahren zu beobachten Gelegenheit gehabt und über dieselben eingehendere Untersuchungen angestellt. Vor allem muß gesagt werden, daß es sich um eine endemische Krankheit handelt und dieselbe niemals epidemischen Charakter annimmt, wie die Shigasche bazilläre Dysenterie. Auch ist dieselbe nicht kontagiös, obwohl O. Fälle beobachten konnte, welche auf Ansteckung hinweisen würden.

Kinder bis zu einem Jahre bleiben von der Krankheit verschont;

die Frequenz steigt dann mit zunehmendem Alter, ist am größten zwischen 5 und 10 Jahren und nimmt dann wieder stetig ab. Das Trinkwasser scheint für die Verbreitung der Affektion gleichgültig zu sein, hingegen scheinen gewisse Früchte in dieser Beziehung eine Rolle zu spielen. Obwohl es noch nicht festgestellt werden konnte, ob diese die pathogenen Keime führen, oder nur den Boden für die Entwicklung derselben im Darme vorbereiten, etwa durch Hervorrufen einer Indigestion.

Man findet die Amöben der Dysenterie in den Dejekten und in der Wand des Dickdarmes, namentlich auf dem Grunde der Geschwüre; sie erscheinen in den ersten Stunden der Erkrankung, sind also keine sekundären Parasiten. Dieselben stellen eine unregelmäßige Protoplasmamasse dar, die sowohl ihre Form verändern, als auch mit einer gewissen Raschheit sich fortbewegen kann. Im toten Zustande haben sie kugelige Form mit einem Durchmesser von 20—25 μ. Man findet in denselben zahlreiche Granulationen, Vakuolen, Bakterien und aufgenommene rote Blutkörperchen.

Die Läsionen der Amöbendysenterie beschränken sich fast immer auf den Dickdarm und reichen sehr selten über das Colon transversum hinaus, es sind meist mehr oder weniger zahlreiche Geschwüre sehr verschiedener Größe, mit dicken, geröteten Rändern, zwischen welchen sich normales oder kongestioniertes Schleimhautgewebe erstreckt. Man nimmt an, daß dieselben durch eine toxische, von den Amöben sezernierte und den Geweben absorbierte Substanz bewirkt werden. Die Blutungen, welche die Krankheit begleiten, rühren entweder von diesen Geschwüren her, oder sind durch den Tenesmus und die krampfhaften Darmkontraktionen hervorgerufen.

Die Amöbendysenterie hat gewöhnlich einen langsamen, hartnäckigen und rezidivierenden Verlauf, doch kommen mitunter auch akute, mit hohem Fieber einhergehende Formen vor. In anderen Fällen ist der Verlauf ein wechselnder, oder es treten Komplikationen auf, welche möglicherweise auf Bakterienassoziationen beruhen.

Symptomatisch ist die Stuhlentleerung von größter Wichtigkeit; dieselbe besteht fast ausschließlich aus dicklichem oder flüssigem Schleime, untermischt mit fetzigen und krümeligen Teilchen und Blut in wechselnder Menge, beginnend mit roten Punkten oder Streifen und bis zu wirklichen Hämorrhagien. In chronischen Fällen findet man meist geformte Stuhlmassen, auf welchen sich blutige Schleimmassen abgelagert haben.

Mikroskopisch findet man in den Schleimmassen zahlreiche mehr oder weniger degenerierte Darmepithelien, rote Blutkörperchen, Rundzellen, Mastzellen, azidophile und eosinophile Zellen, sowie auch die charakteristischen Parasiten. Außerdem findet man fast immer die länglichen oktaedrischen Kristalle von Charcot-Leyden, seltener Oxalate und Tripelphosphate.

Die Prognose ist quoad vitam eine gute, da Leberabszesse, welche eine gefährliche Komplikation bei Erwachsenen bilden, bei Kindern kaum jemals vorkommen. Nichtsdestoweniger ist die Krankheit eine ernste durch ihre Tendenz zu Rezidiven, durch die fort-

schreitende Verschlechterung der Gesundheit und dadurch, daß sie hartnäckig der Behandlung widersteht.

Bezüglich der Therapie ist ein frühzeitiges Eingreifen von größter Wichtigkeit; widersteht die Krankheit derselben, so ist es wahrscheinlich, daß sie in den chronischen Zustand übergehen wird. In erster Reihe soll strenge Diät beobachtet werden und die Nahrung nur auf Abkochungen von Reis, Gerste oder Hafer beschränkt werden; jede sonstige Nahrung, auch Milch und Suppe, ist zu vermeiden. Ferner Kalomel in kleinen Dosen, event. in Verbindung mit Ipecacuanha und Opium. Lokal, reichliche lauwarme Klysmen von Stärke oder Mucilaginosa. Nach Vorübergehen des akuten Stadiums, Milchsäure als Limonade, tonische Adstringentien (Siarouba, Guarana) und antiseptische Klysmen (Chinin, Thymol, Wasserstoffsuperoxyd usw.).

In chronischen Fällen beginnt man am zweckmäßigsten die Behandlung, indem man ein salines Abführmittel verabreicht, dann eine strenge Diät einhalten läßt. Man läßt Milch, gemischt mit schleimigen Abkochungen, Mehlsuppen und, falls es sich um ältere Kinder handelt, auch Fleischsuppe und Eier genießen.

Medikamente haben auf den Verlauf nur geringe Einwirkung und von den vielen empfohlenen hat vielleicht nur der präzipitierte Schwefel irgendwelche Wirkung. Mitunter ist es zweckmäßig, denselben mit Bismut und Adstringentien zu verbinden, auch dürfen die erwähnten Darmirrigationen nicht vernachlässigt werden. Eine allgemein tonisierende Behandlung und Landluft hat manchmal eine günstige Wirkung.

E. Toff (Braila).

H. Ziemann (Kamerun), Über eitrige Perforationsperitonitis und Spulwürmer bei einem Neger. (Archiv f. Schiffs- u. Tropenhygiene. 1905. No. 1.) Zu Z. wurde ein 12jähriger Negerknabe schwerkrank gebracht. Patient war erst vor 4 Stunden erkrankt, mit mehrmaligem Erbrechen und heftigen Leibschmerzen. Z. fand Temperatur 38,9°, Puls kaum fühlbar (140), Leib gespannt, aufgetrieben, stark druckempfindlich. Wenige Minuten später Exitus. Sofort Sektion. Frisches, eitrig-fibrinöses Exsudat in der Bauchhöhle, Darmschlingen miteinander verklebt; zwischen den Dünndarmschlingen einige Kotkörperchen, daneben zwei große Spulwürmer; in der Dünndarmwand zwei kreisrunde, wie mit einem Locheisen ausgeschlagene Löcher, beide in den mittleren Partien des Ileum. Im ganzen Darm eine ungeheure Menge von Spulwürmern.

Offenbar hatte die bohrende Wirkung der Würmer die Löcher geschaffen, durch austretenden Kot aber war die eitrige, äußerst rapid verlaufende Peritonitis entstanden.

Grätzer.

Wilhelm Ebstein, Die Strangulationsmarke beim Spulwurm in ihrer diagnostischen Bedeutung. (Deutsches Archiv f. klin. Medizin. 1904. Bd. 81. Nr. 5 u. 6.) Während man früher annahm, daß Spulwürmer, welche in den Gallenwegen gefunden wurden, erst post mortem dahin gelangt seien, weiß man heute bestimmt, daß eine Einwanderung in die Gallenwege bereits intra vitam stattfinden und zu den schwersten Krankheitserscheinungen, selbst zum Tode führen können.

E. macht nun auf ein Merkmal aufmerksam, aus welchem bei einem im Stuhl abgehenden Spulwurm mit einiger Sicherheit auf ein früheres Verweilen in den Gallenwegen geschlossen werden kann; nämlich das Vorkommen einer Strangulationsmarke.

In einem Falle von Choledochusverschluß mit septischer Entzündung der Gallenwege trat sofort Besserung und später Heilung ein, nachdem zwei abgstorbene Spulwürmer mit dem Stuhl abgegangen waren. Einer derselben zeigte hinter dem Kopfende einen deutlichen Schnürring und E. nahm wohl mit Recht an, daß der Kopfteil bis zum Schnürring im Ductus choledochus gesteckt und, diesen obturiert hat.

Starck (Karlsruhe).

O. Wagner, Oxyuris vermicularis in der Darmwand. (Deutsches Archiv f. klin. Medizin. 1904. Bd. 81. Nr. 3 u. 4.) Bei der Sektion eines an Scharlachsepsis verstorbenen 5jährigen Mädchens wurden in drei Peyerschen Platten des untern Ileum je etwa 15—20 kleinste bis stecknadelkopfgroße, halbkugelige vorspringende grauweißliche Knötchen gefunden, die sich bei der Berührung mit einer feinen Sonde wie Sandkörnchen anfühlten. Dieselben wurden für Kalkknötchen gehalten. Unter dem Mikroskop konnten in mehreren der Kalkherdchen Oxyuren nachgewiesen werden. W. ist auf Grund des mikroskopischen Befundes der Ansicht, daß die jungen Oxyuren an die erkrankten, oberflächlich zerfallenen Follikel der Peyerschen Platten gelangt sind, sich hier in die Tiefe gebohrt haben, und daß sie schließlich bei der Ausheilung der kleinen Follikulargeschwüre in diese eingeschlossen verkalkt sind.

Ein derartiges Einwandern von Oxyuren in der Haut oder Schleimhaut ist bis jetzt nur in seltenen Fällen (Froelich, Ruffer) beobachtet worden.

Starck (Karlsruhe).

O. Wagner, Weitere Untersuchungen über Oxyuris vermicularis in der Darmwand des Menschen. (Virchows Archiv. Bd. 182. Heft 1.) W. teilt zu dem von ihm veröffentlichten ersten Falle von verkalktem Oxyuris vermicularis in der Darmwand des Menschen — meist handelt es sich um Kinder von 3—10 Jahren — weitere mit. Die fraglichen Gebilde erscheinen makroskopisch als stecknadelkopfgroße, stark prominierende, harte, nicht sehr fest haftende, grauweißliche Gebilde, die kaum mit etwas anderem verwechselt werden können. Meist liegen sie in Peyerschen Haufen. Mikroskopisch lassen sich die in Frage kommenden Parasiten meist als solche erkennen, indessen ließ sich nicht in jeden Schnitte der Nachweis erbringen, daß es sich Oxyuriden handelt. Einmal gelang es, einen lebenden Oxyuris in der Schleimhaut des Processus vermiformis nachzuweisen. Indessen fanden sich keine Entzündungserscheinungen am Processus. Zu welchem Zwecke sich der Wurm in die Darmwand einbohrt, ist unklar.

Bennecke (Marburg).

L. Boyer, Y a-t-il une pelade d'origine helminthique? (Inaugural-Dissertation. Paris 1904.) Die Frage, ob eine Alopecia areata, auf Helminthen beruhend, möglich sei, ist noch keineswegs mit Sicherheit zu beantworten, doch glaubt der Verf. aus der Beob-

achtung dreier Fälle auf die Möglichkeit dieser Ätiologie schließen zu dürfen. Es würde sich um eine neuro-trophische Störung, ähnlich anderen, welche in Verbindung mit den in Rede stehenden Parasiten auftreten, handeln, vielleicht infolge eines Reflexes auf dem Sympathicus. Jedenfalls sollte man bei hartnäckigen Fällen der betreffenden Krankheit auch an die Möglichkeit des Vorhandenseins von Bandwürmern denken und vor allem an eine Entfernung derselben schreiten.

E. Toff (Braila).

A. Sandler, Trichocephaliasis mit tödlichem Ausgang. (Aus dem Jüd. Krankenhause in Breslau.) (Deutsche med. Wochenschrift. 1905. No. 3.) Es handelt sich um einem 11jährigen Knaben, welcher an äußerster Anämie litt und daran starb. Vorher hatten Leibschmerzen und diarrhöische, blutige Stühle das Krankheitsbild beherrscht. Hochgradige Anämie und blutige Diarrhöen sind ein Symptomenkomplex, den schon einige Fälle von Trichocephaliasis dargeboten haben. Auch bei S.s Patienten wurden im Stuhle Eier von Trichocephalus dispar. gefunden, und alle Umstände sprechen also dafür, daß das schwere Leiden und der letale Ausgang der Trichocephaliasis zuzuschreiben waren, zumal andere Ursachen nicht eruiert werden konnten.

Grätzer.

Francesco Cima, Ein Fall von Anämie infolge Anchylostomumerkrankung und Anguillula intestinalis. (La Pediatria. Juni 1905.) Bei einem 3jährigen Kinder mit hochgradigster Anämie fanden sich in den Fäzes zahlreiche Anguillulae und Anchylostomumeier. Das Kind stammte aus einer Gegend, in der sehr schlechte Trinkwasserverhältnisse herrschten. Nach Darreichung von Extr. filicis maris fanden sich in den Fäzes auch zahlreiche Anchylostomen. Die Menge der in den nächsten Tagen unter antihelmintischer Behandlung ausgeschiedenen Anguillulae schätzt Verf. auf eine Million. Verf. hat Versuche darüber angestellt, ob dem alkoholischen Extrakt aus den Fäzes eine hämolytische Wirkung innewohnt; diese Versuche führten zu einem Resultat, das als positiv gedeutet werden konnte. Untersuchungen über toxische Eigenschaften des Extrakts ergaben, daß 10 g Fäzes für 1600 g Kaninchen toxisch waren.

F.

A. Jaquet (Basel), Die wirksamen Bestandteile des Extractum filicis maris und ihre therapeutische Verwendung. (Therap. Monatshefte. August 1905.) J. beschäftigt sich hauptsächlich mit dem Filmaron, mit dem er bei Tieren und Menschen Versuche angestellt hat. Filmaron ist ein gelbes, amorphes, in Chloroform und Äther leicht, in Alkohol, in Wasser unlösliches Pulver, das in trockenem Zustande vollkommen beständig ist. Im Laufe der Jahre hat J. damit 38 Kuren gemacht, sämtliche bei Taenia saginata. Nach einer Vorkur am Tage vorher (Darmentleerung vormittags, abends Zwiebelsuppe und Heringssalat) wurde das Mittel morgens nüchtern, bei Erwachsenen zu 0,7—1 g, meist gelöst in 1—2 g Chloroform und 20—30 g Rizinusöl, gegeben (in Bierschaum); eine Stunde später erhielt der Patient 1—2 Eßlöffel Rizinusöl nach, und wenn nach 3 Stunden noch kein Stuhl erfolgt war, ein Glyzerin- oder

Seifenwasserklistier. Nur 4 mal Mißerfolg, darunter drei Kinder, die offenbar zu wenig Filmaron erhalten hatten. Eine Reihe von Kindern von 8—12 Jahren erhielt ruhig 0,5—0,7, ja ein $2^3/_4$ jähriges Kind einmal 0,3 g ohne jeden Nachteil. Diese Resultate lassen über die anthelminthischen Eigenschaften des Filmarons keinen Zweifel. Dabei wurden, abgesehen von unbedeutender Übelkeit oder Leibschmerzen in einigen Fällen, nicht die geringsten unangenehmen Nebenerscheinungen beobachtet. Grätzer.

Went, Taenia cucumerina. (Nederl. Tydskrift voor Geneeskunde. 1905. Bd. 1. S. 1088.) Diese in Holland sehr seltene Taeniaart wurde von W. beobachtet bei einem Säugling von 4 Monaten, der schon einen Monat lang die Erscheinungen dargeboten haben soll. Die Abtreibung wurde versucht mit Kamala, 2 mal täglich 1 g. Der Kopf wurde nicht gefunden. Graanboom (Amsterdam).

Riddell, Cases of intestinal obstruction. (The Scottisch med. and surg. Journ. 1905. S. 320.) Der zweite von R. mitgeteilte Fall betrifft einen 13 jährigen Knaben, bei dem sich eine Ileokökal-Intussuszeption fand, die sich nach der Laparotomie sehr leicht löste. Beobachtenswert war, daß sich bei der Palpation kein Tumor nachweisen ließ. Schreiber (Göttingen).

A. Reuterskiöld (Schwede), Über primäres Lymphosarkom des Dünndarms. (Upsala Läkariförenings Förhandlingar. 1905. N. F. Bd. 10. Heft 3.) Ein 11 jähriger Knabe war vor 14 Tagen unter Symptomen von Ileus plötzlich erkrankt; der Anfall ging schnell vorüber, aber wiederholte sich nach einer Woche und blieb dann dauernd. Laparotomie zeigte einen apfelgroßen Tumor bei der Valvula Bauhini. Es wurde primäre Darmresektion mit terminaler Suturierung vorgenommen, da das hypertrophische und dilatierte Ileum sich eben so weit als das Coecum erwies. Drainage um die Suturstelle. Die Obduktion zeigte Bronchopneumonie, am Operationsfelde nichts Abnormes, einige vergrößerte Lymphdrüsen im Mesenterium, übrigens keine Metastasen. Die pathologisch-anatomische Untersuchung zeigte, daß es sich um ein primäres Lymphosarkom, von den Solitärfollikeln ausgehend, handelte. Eine Kasuistik schließt die Abhandlung. Adolph H. Meyer (Kopenhagen).

Lameris, Kongenitale Atresie des Dünndarmes. (Ned. Tydschr. v. Geneesk. 1905. Bd. 1. S. 1151.) In der Sitzung der Gesellschaft für Heilkunde wurde von L. berichtet über einen von ihm beobachteten und operierten Fall. Bei dem sonst ganz normalen Neonatus wurde direkt nach der Geburt konstatiert: Erbrechen von Mekonium, Fehlen von Abgang des Mekoniums durch den After. Genitalien, Anus und Nabel normal. Starke Tympanitis. Sichtbare Peristaltik des Dünndarmes in der Gegend des Nabels, und sich fortbewegend in der Richtung nach dem Coecum. Ein Nelatonkatheter ließ sich mehr als 10 cm weit im After hinaufschieben. Nach Analogie eines schon früher von L. beobachteten Falles wurde alsdann die Diagnose gestellt, Atresie des Dünndarmes in der Höhe des Coecums, und es wurde zur Operation an einem der ersten Lebenstage ge-

schritten. Incisio in der Linea alba. Es zeigt sich eine zu völligem Abschluß führende Abschnürung im Ileum, so daß dieses geteilt ist in einen durch diese Abschnürung getrennten oberen, sehr erweiterten und unteren sehr verkümmerten Teil. Kolon sehr dünn und in seiner Entwicklung zurückgeblieben. Es wurde zwischen oberem und unterem Teil des Ileums eine Anastomose gemacht. Tod 36 Stundun post operationem.

L. ist der Meinung auf Grund seines Befundes bei der Autopsie, daß in seinen zwei beobachteten Fällen die Abschnürung des Dünndarmes stattgefunden hat auf der Höhe des Ductus omphalo-entericus, und daß dieser Ductus für die Entstehung der kongenitalen Abschnürung eine sehr bedeutende Rolle spielt. Graanboom (Amsterdam).

K. Forkel, Angeborene hochgradige Erweiterung des Dünndarms ohne Stenose. (Aus dem patholog. Institut der Universität in Göttingen.) (Deutsche med. Wochenschrift. 1905. No. 9.) Ein 2 Tage altes Kind erkrankte plötzlich unter Ileuserscheinungen und starb noch am gleichen Tage. Wie die Sektion zeigte, wies das Kind eine angeborene zylindrische Erweiterung eines Jejunumabschnittes bei Mangel jeglichen Hindernisses in den weiter abwärts gelegenen Teilen und Fehlen von Anomalien im Bau der Wand der dilatierten Partie auf, also eine auf einer Entwicklungsstörung beruhende Veränderung. Durch mehrfache Abknickung des erweiterten Darmabschnittes war der Tod herbeigeführt worden.

Bei dem 1 Jahr zuvor geborenen Bruder des Kindes bestand völlige Atresie des Rektum; über sonstige Mißbildungen in der Familie war nichts zu eruieren. Grätzer.

J. Graanboom, Jets over de ziekte von Hirschsprung. (Megalocolon congenitum.) (Zur Hirschsprungschen Krankheit.) (Nederl. Tydschrift voor Geeneskunde. 1905. Bd. 1. S. 442.) Die durch von Hirschsprung im Jahre 1886 beschriebene Krankheit, gewöhnlich nach diesem Autor Hirschsprungsche Krankheit, durch Andere Krankheit von Mya, und durch Mya Megalocolon congenitum genannt, ist charakterisiert klinisch durch Erscheinungen von Stenose des Dickdarms (Stuhlträgheit, Auftreibung und sichtbare Peristaltik des Dickdarms), während anatomisch statt einer Stenose im Gegenteil eine Erweiterung und Verlängerung des Dickdarms gefunden wird.

Aus verschiedenen Gründen ist durch Hirschsprung und später auch durch Concetti und Mya die Meinung ausgesprochen, daß diese Krankheit ein Morbus sui generis, Folge einer angeborenen Dilatation des Dickdarms sei.

Der ganz entgegengesetzten Meinung ist Marfan, der die Krankheit auffaßt als gehörend zu dem Krankheitsbilde der von ihm beschriebenen kongenitalen Konstipation. Dies sollte die Folge sein einer außerordentlichen Länge des S. romanum im Säuglingsalter; durch diese Konstipation sollte dann die Dilatation des über dem S. romanum liegenden Dickdarms entstehen.

G. nun ist der Meinung, daß die Hirschsprungsche Krankheit streng gesondert werden muß von der durch Marfan beschriebenen

kongenitalen Konstipation, und er schlägt für diese letzte den Namen vor: Pseudo-megalocolon congenitum. Während nun die wahre Hirschsprungsche Krankheit, sich selber überlassen, in der Regel zum Tode führt, ist das Pseudo-megalocolon congenitum ein spontan heilbares Leiden, indem sich der Säuglingszustand des S. romanum mit fortschreitendem Alter verliert, und so die Konstipation mit sekundärer Dilatation sich ausgleicht.

Diese beiden in ihrem Wesen ganz verschiedenen Zustände sind in ihren klinischen Erscheinungen öfters so ähnlich, daß in einem konkreten Fall die Differentialdiagnose nicht immer möglich ist. Im allgemeinen soll das Auftreten der Erscheinungen sehr kurz nach der Geburt für die wahre Hirschsprungsche Krankheit sprechen.

Ein derartiger ist der folgende von G. bei einem Knaben wahrgenommene Fall, wo die Erscheinungen sich schon in den ersten Tagen nach der Geburt einstellten, der zu Laparotomie mit letalem Ausgang führte, und wo bei der Obduktion der ganze Dickdarm vom Ileum bis zum Anus, also der über, aber auch der unter dem S. romanum liegende Dickdarm erweitert, verlängert und verdickt war.

Bei dem Säugling männlichen Geschlechts, an der Brust der Mutter ernährt, entleerte sich das Mekonium schon viel träger als normal. In der vierten Lebenswoche Auftreibung des Leibes bei ausgezeichnetem Allgemeinbefinden und regelmäßiger Körpergewichtszunahme. Kam in Behandlung in der sechsten Lebenswoche wegen starkem Meteorismus und sehr hartnäckiger Obstipation. Körpergewicht des sehr gut aussehenden Kindes ist 3700 g. Nur mit Hilfe eines hohen Klismas gelang es, Defäkation zu erzielen und nach dieser verminderte sich die starke Auftreibung des Bauches. Allmählich verschlimmerten sich die Erscheinungen, auch wurde das Allgemeinbefinden gestört. Körpergewicht in der 14. Woche 4400 g. Es stellt sich alsdann Erbrechen ein. Änderung der Ernährung, Darmirrigation und alle anderen angewandten Mittel blieben ohne Erfolg. Der Allgemeinzustand verschlimmerte sich fortwährend und das Kind war allmählich so herunter gekommen, daß im Alter von 4 Monaten zur Laparotomie geschritten wurde.

Durch Enteroanostomose wurde durch Lanz das Ileum in in den unteren Teil des S. romanum gebracht und so der ganze Dickdarm ausgeschaltet.

Die ersten Tage nach der Operation verliefen befriedigend; der Bauch wurde schlaff, die Defäkation folgte spontan und das Erbrechen hörte auf. Kurz darauf traten Erscheinungen auf von akuter Peritonitis. Exitus letalis am 10. Tage nach der Operation.

Bei der Obduktion wurde als Todesursache akute Peritonitis gefunden. Der Dickdarm war vom Ileum bis zum Anus erweitert. Bei der Messung ergab sich: Länge des Säuglings 57, Umfang Colon transversum 12, Länge des Dickdarms 67 und Länge des Dünndarms 245 cm.

Marfan hat gefunden, daß beim normalen und beim darmkranken Säugling von dem Alter des Patienten die relative Länge des Dünndarms zu der des Dickdarms 7:1 ist. In G.s Fall war sie 3,7:1. Die relative Länge des Dickdarms war also verdoppelt.

In demselben Alter fand **Marfan** die Verhältnisse der Körperlänge zu der Länge des ganzen Darmes 1:7 u. 8 bei dem normalen, 1:8 u. 9 bei dem darmkranken und 1:9 u. 12 beim Säugling mit „gros ventre flasque". In G.s Fall war sie 1:4,6. Es war also die relative Länge des ganzen Darmes nur die Hälfte, die relative Länge des Dickdarms das Doppelte von den Maßen des darmkranken Säuglings.

Es liegt für G. also kein Zweifel daran, daß in diesem Falle es sich um wahre Hirschsprungsche Krankheit handelte, und daß diese als Morbus sui generis aufgefaßt werden muß.

Was die Behandlung anbetrifft, ist G. der Meinung, daß, eben weil beide genannten pathologischen Zustände am Krankenbette so schwer zu unterscheiden sind, und weil bei der Pseudomegalocolon Spontanheilung Regel ist, man in einem bestimmten Falle berechtigt ist zu expektativer Behandlung, so lange bis der Allgemeinzustand es zulässig macht. Wird am Ende Operation indiziert erachtet, so ist es empfehlenswert im Sinne Bjökstens anfänglich, behufs der Indicatio vitalis, einen Anus praeternaturalis anzulegen und dann später, sobald sich der allgemeine Zustand gebessert hat, zur Enteroanastomose zu schreiten.

Autoreferat.

Fr. Stirnemann, Hirschsprungsche Krankheit oder Megacolon congenitum. (Aus dem Kinderspital Zürich.) (Korrespondenzblatt f. Schweizer Ärzte. 1905. No. 18.) Typischer Fall bei einem 3 1/2 Monate alten Kinde. Es handelte sich um eine kongenitale Dilatation der Flexura sigmoidea und idiopathische Hypertrophie derselben. Die Blähung des Darmes trat sofort nach der Geburt auf, sobald überhaupt durch die Darmbakterien Gase entwickelt wurden. Erst zeigte bloß die Gegend der Flexur die Blähung, dann später entstand allgemeiner Meteorismus; damit stand auch der anatomische Befund im Zusammenhang, daß eigentlich nur die Flexur deutlich hypertrophische Wanderungen zeigte. Es beweist dies, daß das Leiden durch sekundäre Dilatation der höher gelegenen Kolonteile fortschreitet.

Bemerkenswert war das multiple Auftreten von Mißbildungen: 5fache Lappung der rechten Lunge, und Nebenmilzen.

Grätzer.

G. Gourévitch, Zur Kasuistik der Hirschsprungschen Krankheit. (Aus dem pathol.-anatom. Institut an der deutschen Universität in Prag.) (Prager med. Wochenschrift. 1904. No. 47 u. 48.) Es handelt sich um einen 1 1/4 jährigen Knaben. Derselbe wurde operiert, starb aber bald darauf. Klinisch hatte sich vor allem eine von Geburt an bestehende, hartnäckige Verstopfung und Auftreibung des Abdomens geltend gemacht; anatomisch wurde eine enorme Erweiterung und muskulare Hypertrophie des Kolon, Coecum und weiter auch des untersten Ileum gefunden, dabei aber kein im aufgeschnittenen Darme sichtbares Hindernis für die Weiterbeförderung der Darmcontenta.

Der Fall ergibt teils Übereinstimmung mit der Mehrzahl der in der Literatur beschriebenen Fälle, teils abweichendes Verhalten. Wie meist, war auch hier Pat. ein Knabe. Wie meist, hatte sich

auch hier die Erkrankung mit der Geburt manifestiert, und war Patient frühzeitig zum Exitus letalis gekommen. Das Allgemeinbefinden des Kindes war durch ziemlich lange Zeit ein gutes gewesen, erst im letzten Halbjahr war Abmagerung eingetreten. Analog den anderen Fällen war, daß die Erweiterung des Darmes und die Hypertrophie parallel gingen; eigenartig war, daß die Flexura sigmoidea, welche sonst sehr häufig an dieser Erweiterung und Hypertrophie teilnimmt, gar nicht davon betroffen war. In G.s Falle fehlten auch vollständig die sekundären ulzerösen Veränderungen der Mucosa, welche bei Kindern des Lebensalters, in welchem der Fall starb, nach Hirschsprung sehr oft beobachtet werden. Auch war keine bindegewebige Wucherung in der Darmwand, wie in manchen anderen Fällen, vorhanden.

Über die Genese der in Rede stehenden Krankheit differieren die Ansichten der einzelnen Autoren sehr bedeutend. Immerhin lassen sich aber dieselben in zwei Hauptgruppen bringen. Die erste Gruppe wird gebildet von jenen Anschauungen, nach welchen die Erweiterung und Hypertrophie des Dickdarms eine angeborene primäre Erkrankung, eine Entwicklungsanomalie ist, die zweite Gruppe von den Anschauungen, wonach nur besondere Längen- und Windungsverhältnisse des Dickdarms angeboren sind und infolge derselben die Dilatation und Hypertrophie erst sekundär zustande kommen.

Was nun obigen Fall betrifft, so war hier keine abnorme Länge des Dickdarms über der Flexura sigmoidea und auch keine abnorme Länge der Flexura sigmoidea vorhanden, wohl aber war das Mesenterium der Flexura sigmoidea abnorm lang gewesen und war die Flexura sigmoidea bei der Laparotomie von dem Operateur als stark geschlängelt konstatiert worden. Man könnte für diesen Fall mit der Vorstellung auskommen, daß einzig und allein eine abnorme Beschaffenheit des Mesenteriums der Flexura sigmoidea und eine damit zusammenhängende abnorme Schlängelung der Flexura sigmoidea das Hindernis für die Fortbewegung des Darminhalts abgegeben hatte. Dieses Hindernis hat von Geburt an bestanden und war allmählich infolgedessen die Dilatation und Hypertrophie des Darms über der S.-Schlinge eingetreten.

Gewiß aber kann man auch nicht vollständig von der Hand weisen die Vorstellung, daß hier ein, um mit Kredel zu sprechen, „Riesenwuchs" des Kolon vorgelegen hatte. An dem bereits aufgeschnittenen und dem Körper entnommenen Darmpräparate war es für den objektiven Untersucher eben nicht mehr möglich, eine bestimmte Entscheidnng zu treffen und wird es in Zukunft von Wichtigkeit sein, bei analogen Fällen möglichst genau in situ den Darm und das Mesenterium zu studieren.

Immerhin scheint auf Grund des Befundes bei der Operation in diesem Falle die erstere Verstellung vielmehr Wahrscheinlichkeit für sich zu haben.

Grätzer.

Shaw and **Elting**, Pyloric Stenosis in Infancy. (Archives of Pediatrics. Dezember 1904.) Bericht über einen Fall von Pylorusstenose bei einem 11 monatlichen Mädchen. Das Erbrechen war äußerst hartnäckig, und nachdem alle üblichen Methoden versagt hatten, wurde

die vordere Gastroenterostomie nach Kocher gemacht, mit völliger Heilung.

Die beiden Autoren empfehlen ein operatives Eingreifen in derartigen Fällen. Man warte nicht bis das Kind erschöpft ist, sondern mache frühzeitig die Pyloroplastik oder die Gastroenterostomie.

Pylorusstenose bei Säuglingen soll gar nicht so selten vorkommen.

Leo Jacobi (Neuyork).

Tockel, Die sogenannte kongenitale Pylorushyperplasie, eine Entwicklungsstörung. (Aus dem patholog. Institut der Universität Göttingen.) (Virchows Archiv. Bd. 180. Heft 2.) Bei einem ca. 4 Wochen alten, an zunehmender Schwäche, die durch häufiges Erbrechen bedingt war, gestorbenen Kinde fand sich eine tumorartige Verdickung des Pylorus, die vom Magen her beginnend nach dem Pylorus zu an Mächtigkeit zunahm, um gegen das Duodenum scharf zu enden. Die Schleimhaut bildete über dem Tumor krausenartige Leisten. Die Verdickung ragte portioartig in das Duodenum hinein. Auf Serienschnitten fand sich eine mächtige Hyperplasie der Ringmuskulatur. Entsprechend der Schleimhautleisten wurden acht verästelte, "tuberkulöse Drüsen, die allerhand Degenerationszeichen darboten, gefunden. Sie werden als versprengte Brennersche Drüsen gedeutet. Interessant ist die Befund von Fremdkörperzellen in der Nähe der Drüsen. Die Hyperplasie wird als eine Entwicklungsstörung aufgefaßt und hat nichts mit Adenomyomen oder spastischen Zuständen der Pylorusmuskulatur zu tun. Bennecke (Marburg).

G. Mya, Pylorusstenose und Sanduhrmagen nach fötaler Peritonitis mit angeborenem Herzfehler. (Monatschrift für Kinderheilkunde. Oktober 1905.) Ein etwa 2 Monate altes Kind fing bald nach der Geburt zu brechen an. Man mußte angeborene Pylorusstenose annehmen, deren Erscheinungen auch sonst zu konstatieren waren. Außerdem sprach der Befund noch für Vorhandensein eines angeborenen Megakolon (und zwar beschränkt auf Coecum und aufsteigende Portio des Kolon), eines angeborenen Herzfehlers und Verbindung der beiden Herzvorhöfe.

Das Kind starb bald, und die Sektion zeigte, daß die in vivo diagnostizierten Affektionen tatsächlich bestanden hatten, und daß dieselben, soweit sie sich auf den Magendarmtraktus bezogen, bedingt gewesen sein mußten durch eine während des intrauterinen Lebens abgelaufene Peritonitis, die hauptsächlich im oberen Teile des Unterleibes lokalisiert war; das entstandene fibrinöse Exsudat hatte sich in Bindegewebe umgewandelt. „Dieser Vorgang ließ als Folge eine bedeutende Menge Abschnürungen und bindegewebige Verwachsungen zurück, die die Form des Magens nach und nach veränderten, in zwei Höhlungen teilten und so das Kaliber des Pylorus durch einen fibroadhäsiven Peripyloritisprozeß verringerten". — „Was den angeborenen Herzfehler betrifft, so kann möglicherweise auch ein endokarditischer Prozeß stattgefunden haben, der die Entwicklung verspätete, um so mehr, als die Zacken der Mitralis leicht zusammengezogen erschienen und an einzelnen Stellen knotiges Aussehen hatten."

Grätzer.

Joh. Jul. Schmidt (Frankfurt a. M.), Die Pylorusstenose der Säuglinge. (Münch. med. Wochenschrift. 1905. Nr. 7.) Aus dem Studium der Literatur und zwei eigenen Beobachtungen zieht S. folgende Schlüsse:

1. Es gibt eine angeborene, graduell verschiedene Pylorusstenose im Säuglingsalter, die vielleicht gar nicht so selten ist, indem sie als solche nur in ihrer schweren Form erkannt wird und zur Behandlung kommt.

2. Die weitaus größte Anzahl dieser Fälle gehört ganz sicher der echten hypertrophischen, auf anatomischer Basis beruhender Form an und kann nur durch einen chirurgischen Eingriff geheilt werden.

3. Die seltenen Fälle von reinem Spasmus des Pylorus geben ein dankbares Feld für innere Therapie ab, ebenso wie die relativen organischen Stenosen mit kompensatorischer Magenhypertrophie.

4. Höchstwahrscheinlich treten noch häufige Mischformen auf, indem zu den muskulären Anlagen hypertrophischer Pylorusstenosen sekundäre Spasmen hinzutreten, die dann erst das Krankheitsbild zu einem vollständigen machen.

Grätzer.

E. Loew (Königshütte), Über angeborene Pylorusstenose. (Die Therapie der Gegenwart. August 1905.) Der Fall hat besonders wegen der erfolgreich eingeleiteten Therapie Interesse. Der Säugling erbrach alles trotz aller therapeutischen Maßnahmen und magerte bis zum Skelett ab. Das änderte sich sofort, als L. dem Kinde nach jeder Mahlzeit einen Eßlöffel Karlsbader Mühlbrunnen reichen ließ. Die Nahrung wurde jetzt vorzüglich vertragen, das Kind nahm rapid zu und blieb gesund.

L. erklärt sich den Erfolg so: Das Kind hatte auch eine gastrische Dyspepsie. Die durch Milchsäuregärung stark sauren Ingesta steigerten jedenfalls durch reflektorische Erregung eines Pylorusspasmus die Stenose und schufen so einen Circulus vitiosus: das alkalische Wasser neutralisierte den sauren Mageninhalt und hob so den Reiz auf.

Grätzer.

Rogers, A case of congenital stricture of the oesophagus. (Brit. journ. of childrens diseases. 1905. S. 390.) Das 22 Monate alte Kind war bis zum zehnten Monat gesund. Dann fing es an nach jeder Mahlzeit zu brechen, und zwar unveränderte Nahrung; magerte extrem ab. Bei genauer Untersuchung ergab sich, daß ein Teil der Speisen in den Magen gelangte, ein anderer aber im Ösophagus zurückgehalten wurde. Auch mit einer Sonde gelangte man nur zeitweise in den Magen. Die Röntgenuntersuchung mit Wismut ergab kein Resultat. Bei der Autopsie fand sich eine Stenose etwa ein Zoll über dem unteren Ende des Ösophagus. Über die Entstehung derselben ließ sich nichts aussagen.

Schreiber (Göttingen).

III. Aus Vereinen und Versammlungen.

Kurzer Bericht über den am 20. und 21. Oktober 1905 in Paris abgehaltenen Kongreß der „Gouttes de lait".

Der Kongreß wurde am 20. Oktober eröffnet im Institut Pasteur vom Finanzminister, dem Kollegen Dr. Merlon, in Gegenwart von Frau Loubet, der Gemahlin des Präsidenten der Republik. Etwa 500 Kongressisten waren anwesend und zehn Regierungen hatten einen Vertreter gesandt.

Hierauf hielt Roux, der Direktor vom Institut Pasteur, einen Vortrag, worin er hinwies auf den Einfluß, den die Lehre von Pasteur auf unsere Ansichten von den Verdauungstörungen beim Säugling geübt hat. Das gesunde Kind habe eine eine bestimmte Darmflora; bei der Behandlung der Verdauungsstörungen sei es unsere Aufgabe innerhalb des Darmkanals die Entwicklung einer normalen Flora zu fördern und die vorhandene schädliche Flora zu bekämpfen.

Variot, der hierauf das Wort bekam, sprach über die Arbeit, die von den „Gouttes de lait" vollbracht wird; diese erstrebt erstens, soviel als möglich, die Fehler, die an der künstlichen Ernährung haften, zu bekämpfen, und zweitens in dem Verteilen von Rat an die Mütter. Daß diese Arbeit erfolgreich ist, ergibt sich schon hieraus, daß die allgemeine Säuglingsmortalität viermal höher ist als die Mortalität der „Gouttes de lait"

Nach diesen Vorträgen fingen die eigentlichen wissenschaftlichen Arbeiten an. Von den vielen Besprechungen und Berichten erwähne ich nur folgende.

A. Über Zweck, Verwaltung, Einrichtung der „Gouttes de lait" sprachen u. a.: Variot (Paris) „Die Gouttes de lait" betrachtet als methodisches Beobachtungsfeld für den Kinderarzt. Um diese Abteilung verständlich zu machen, will ich daran erinnern, daß in Paris viele Gebäranstalten Säuglingspolikliniken (consultations de nourrissons) mit sich verbunden haben. Unter diesen gibt es einige — z. B. die von Budin, verbunden mit der Maternité — die sich eines großen Zudranges erfreuen. Diese Polikliniken werden hauptsächlich besucht von Müttern, die in den Gebäranstalten untergekommen sind und die in den Polikliniken fortwährend Rat und Kontrolle finden. Variot weist auf den Gegensatz hin, der besteht zwischen den „Gouttes de lait" und jenen. Die „Gouttes de lait" wirken seit 1892 in Orten in und außerhalb Frankreich. Ein großer Teil dieser „Gouttes de lait" wird nur von künstlich ernährten Kindern besucht. Er schließt wie folgt: 1. In den Städten müssen die „Gouttes de lait" von Kinderärzten geleitet werden, an diesen Anstalten darf den gemischt und den künstlich Ernährten Zutritt gestattet werden. 2. Die Säuglingspolikliniken (consultations de nourrissons) dürfen nur natürlich ernährte Kinder zulassen, und da die natürliche Ernährung die physiologische ist, können diese Polikliniken von Geburtshelfern geleitet werden.

Dieser Vortrag veranlaßte lebhafte Besprechungen. Die meisten anwesenden Kongreßmitglieder wollten keine Trennung in Polikliniken für natürlich ernährte und solche für künstlich ernährte Kinder.

Aviragnet, der erste Bekämpfer von Variots Schlüssen, äußerte die Meinung, daß Variots Ansicht über die „Gouttes de lait" die natürliche Ernährung hindern würde statt sie zu fördern.

Auch Escherich wünschte, daß beide ungetrennt und in Händen von Kinderärzten sollten sein, denn in Deutschland hätten die Kinderärzte ja viel mehr als die Geburtshelfer gewirkt für die Verbreitung der natürlichen Ernährung. Er sagte, man sollte ein französisches Wort suchen, daß ebenso wie das deutsche Wort „Schutzstellen" die Verbindung von „consultations de nourrissons" mit „Gouttes de lait" bedeutet, also für Polikliniken, die sich sowohl mit den künstlich als mit den natürlich ernährten Säuglingen befassen.

Lust (Brüssel) „Die Entwicklung der „Gouttes de lait" in Belgien. Lust hat seit 1897 ein „Goutte de lait" in Brüssel; später sind mehrere in Belgien gefolgt; die verschiedenen in der ganzen Stadt verbreiteten „Gouttes de lait" in Brüssel werden alle aus einer zentralen „Goutte de lait" ernährt; der Preis ist 6 Centime für die Flasche, ungeachtet was dieselbe faßt.

Mac Cleary (London): **Geschichtlicher Überblick der „Gouttes de lait" in Großbritannien.**

Deutsch (Budapest): „Die Gouttes de lait in Budapest"; dieselben sind verbunden mit der Säuglingspoliklinik, wo soviel wie möglich die natürliche Ernährung gefördert wird.

Clarac (Madagaskar): spricht über die „Gouttes de lait" und die Beschützung (protection) der Säuglinge auf Madagaskar; infolge eines „Goutte de lait" fiel die Säuglingsmortalität in einem Jahre von 30 auf 12 %.

Lebland (Beauvais) spricht über den von ihm geleiteten „Goutte de lait", wo die natürliche Ernährung soviel als möglich gefördert wird.

Jacques Bertillon (Paris) weist auf die Fehler in den Statistiken betreffend der „Gouttes de lait" hin, er zeigt eine Methode, um die Statistiken mit mehr Erfolg zu benutzen.

Leroux (Paris) spricht über die Einrichtung des „Goutte de lait", das mit einem „Dispensaire" für kranke Kinder verbunden ist.

Gauchas (Paris) weist auf die Notwendigkeit hin, mit den „crèches" die „Gouttes de lait" zu verbinden, damit der Säugling auch während der Zeit, die er außerhalb der „crèches" verbringt, gute Milch bekommt.

Frau Dr. Margouliès (St. Petersburg) hält einen Vortrag über „Die Kindermortalität in Rußland", der besonders der Form halber viel Beifall erhielt. Von allen europäischen Staaten steht Rußland in dieser Hinsicht an der Spitze mit einer Durchschnittsziffer von 280, in Perm sogar 437 auf 1000. Diese Ziffern sind deutliche Belege für die ungünstigen ökonomischen und sozialen Zustände in Rußland. Folgen der Zerrüttung der russischen Gesellschaft. Trotz dieser außerordentlich hohen Mortalität steht die Frage erst seit kurzer Zeit auf der Tagesordnung; dies läßt sich jedoch sehr wohl begreifen; die Geburtziffern sind so hoch, daß die Entvölkerung die Politiker nicht beunruhigt, und die betroffenen Familien bekümmern sich auch nicht um den Zustand, denn das Elend ist so groß bei ihnen, daß der Tod freudig begrüßt wird. Dennoch fängt der Kampf gegen die Kindermortalität, der aus Frankreich übergebracht ist, an sich zu organisieren. Man hat während der letzten Jahre einige „Gouttes de lait" errichtet; viele davon sind jedoch infolge von Mangel an Mitteln wieder verschwunden.

Dr. Drou (Toureving) Bürgermeister von Toureving und Mitglied des Französichen Abgeordnetenhauses, weist auf die glänzenden Erfolge hin, die dort mit den „Gouttes de lait" erzielt sind; der Gemeindevorstand hat den „Gouttes de lait" eine sehr hohe Summe zur Verfügung gestellt.

Gourivaud (Brest): Die „Gouttes de lait" in Brest sind eine städtische Anstalt; sie verabreichen Milch an alle Frauen, die nicht stillen können, an die armen umsonst, an die anderen gegen Zahlung.

Grasset (Tours): Die „Goutte de lait" von Grasset wird weder von der Stadt noch von Privatpersonen unterstützt; sie ist errichtet mit einem Kapital von 6000 Francs und besteht vom Gewinn aus dem Verkauf, der Verkaufspreis ist verschieden je nach der Wohlhabenheit der Eltern.

Dufour (Fécamp) Die „Goutte de lait" muß offen sein für alle Mütter, besonders für die armen; sie finden dort Belehrung für die Ernährung und Versorgung der Säuglinge; die Milch muß nicht umsonst verabreicht werden. Aus seinen Statistiken erhellt noch, daß die „Gouttes de lait" wohl einen günstigen Einfluß geübt haben auf das Verhindern von Enteritis, nicht jedoch auf das Entstehen von ansteckenden Krankheiten.

B. Beobachtungen über die Barlowsche Krankheit. Hierüber referierten u. a. Brunon. Unter 7000 Säuglingen, die an den „Gouttes de lait" von Variot und Dufour mit sterilisierter Milch ernährt wurden, gab es nicht einen Fall.

Grasset hat eine Sammelforschung veranstaltet bei den 40 in Frankreich wirkenden „Gouttes de lait", von denen 36 Auskunft gegeben haben; daraus zeigt sich, daß unter 20946 Säuglingen, die seit der Errichtung ernährt sind, nur 9 Fälle vorgekommen sind.

Martinez-Vagas. Sterilisierte Milch, die innerhalb 24 Stunden getrunken wird, kann niemals Barlowsche Krankheit verursachen; dieselbe kann nur vorkommen bei Ernährung mit maternisierter Milch und mit Amylaceen.

C. Über die in den „Gouttes de lait" benutzte Milch sprachen u. a.: Davel (Buenos-Aires) verteidigt gesetzliche Überwachung gegen Milchfälschung. Seit in Buenos-Aires solche bestehen, ist die dortige Kindermortalität bedeutend gefallen. In einem Jahre wurde 6 % der Milch untauglich für den Gebrauch erklärt.

Concetti (Rom). Durch eine Arbeit mit Solverini ist es ihm geglückt, eine gänzlich reine Milch herzustellen, die mehrere Tage ihre vitalen Eigenschaften behält und ganz frisch bleibt. Diese aseptisch aufgefangene Milch wird in Flaschen, die Kohlensäure enthalten, in Umsatz gebracht.

Bayeux (Paris) demonstriert, daß aseptisch aufgefangene Milch 2 Tage gut bleibt, wenn man sie abgekühlt bis auf + 2° C. bewahrt.

Lust (Brüssel) spricht über seine drei einfachen Untersuchungsmethoden, um Verfaulung oder Fälschung von Milch zu entdecken: 1. den Acidobutyrometer für Fettbestimmung. 2. die Kryoskopie. Der normale Gefrierpunkt der Kuhmilch ist zwischen — 0.55 und — 0.56° C,; Abweichungen von dieser Zahl weisen auf Verdünnung oder Mischung mit fremden Stoffen oder Verunreinigung hin. 3. Bestimmung der Acidität durch Normal-Natronlösung.

D. Über verwandte Gegenstände sprachen u. a.: Würz (Straßburg) weist hin auf die niedere Mortalität (nur 15%) in seiner Säuglingsklinik, wo jährlich 142 Säuglinge, leidend an schweren Verdauungsstörungen, in durchschnittlich 16 Betten verpflegt werden; diese niedere Mortalität ist Folge davon, daß er eine relativ große Anzahl Personen zur Verpflegung hat: 6 Pflegeschwestern, 1 Directrice und 3 Ammen, also 10 Personen für 16 Betten.

Deslandes (Cherburg) hingegen hat an seiner „crèche" die außerordentlich hohe Mortalitätsziffer von 60%, was eine Folge davon ist, daß er zu wenig Personen zur Verpflegung hat.

Am Ende der Sitzung wurden folgende Beschlüsse genommen:

A. Definition der „Gouttes de lait". Die „Gouttes de lait" sind eine Anstalt, die mit folgenden Mitteln gegen die Säuglingsmortalität kämpft:

1. Sie gibt Rat und Auskunft an Mütter;
2. sie fördert die natürliche Ernährung;
3. sie verabreicht Milch, wenn die Mutter nicht imstande ist zu stillen.

B. Da es immer Frauen geben wird, die nicht imstande sind zu stillen, und da diese Frauen meistens zu den armen Bevölkerungsschichten gehören, beschließt der Kongreß:

1. Die Regierungen sollen alle Vorkehrungen nehmen, um die natürliche Ernährung an der Mutterbrust zu fördern;
2. man soll soviel wie möglich wirken für die „Gouttes de lait";
3. jede „Goutte de lait" soll von Ärzten geleitet werden;
4. die Regierungen sollen die Entwicklung der „Gouttes de lait" fördern.
5. die Regierungen sollen mit allen Kräften die Kenntnis der Kinderhygiene fördern;
6. in allen Ländern soll ein strenges Gesetz gemacht werden, um die Tauglichkeit der für Säuglingsernährung bestimmten Milch zu sichern;
7. es wird ein internationaler Verein von „Gouttes de lait" mit einem permanenten Bureau gegründet.

Weiter beschloß man, daß in Brüssel der Sitz des Vereins sein wird und daß der folgende Kongreß dort im Jahre 1907 abgehalten werden soll.

Graanboom (Amsterdam).

Gesellschaft für innere Medizin und Kinderheilkunde in Wien.

(Pädriatische Sektion.)

Sitzung vom 2. November 1905.

Originalbericht.

Spieler demonstriert ein zweijähriges Mädchen mit **symmetrischer lokaler Asphyxie der unteren Extremitäten und allgemeiner Hautangioneurose.** Bei niedriger Temperatur, auch experimentell herbeiführbar (Bad von 10° C.) tritt zuerst hellrote Verfärbung der Füße auf. Dieselben werden kalt, eine Viertelstunde später schießen unter begleitendem Hautödem linsen- bis erbsengroße Quaddeln auf, dieselben

werden rasch zyanotisch, nach einer halben Stunde tief blauschwarz und eiskalt. Dabei bestehen starke Schmerzen. An anderen Körperstellen entsteht durch Kälteeinwirkung nur Quaddelbildung, keine Zyanose.

Das Kind zeigt dabei hereditär-luetische Erscheinungen (Sekundärglaukom nach Iritis, Sattelnase, Leber- und Milztumor.) Vortr. reiht das Krankheitsbild in die Gruppe der Raymondschen Krankheit ein und hat in einem ähnlichen Falle die lokale Asphyxie und Erythema multiforme kombiniert gesehen.

Knöpfelmacher zeigt 2 Kinder mit **Myxödem.** Bei dem ersten Kinde waren die Symptome der Erkrankung schon im Alter von 4 Monaten ausgebildet. Nach 26tägiger Behandlung mit Schilddrüse (Tabletten und Elixir) Rückbildung der Symptome. Nach 2wöchentlichem Aussetzen der Therapie rezidivieren wieder die Erscheinungen.

Das zweite Kind, 4 Jahre alt, zeigte neben entwickeltem Myxödem starke Zyanose der Extremitäten infolge eines kongenitalen Vitiums. Bei diesem bestimmte K. die Assimilationsgrenze für Zucker, die bei Thyreoaplasie erhöht sein soll. Im vorliegenden Falle war diese Grenze bei 75 g Traubenzucker erreicht.

Sperk demonstriert ein sonst vollkommen gesundes 3monatliches Kind, das in der rechten Glutäalgegend einen rundlichen blauen, zirka kronengroßen Fleck (**„Mongolenfleck“**) zeigt. Dieses wurde als charakteristisch für die mongolische Rasse angegeben, was jedoch nicht allgemein anerkannt wird. Die histologische Untersuchung ergibt in solchen Fällen eine Pigmentablagerung. Liegt dieselbe tiefer, so kann der Mongolenfleck mit Suffusionen verwechselt werden.

Leiner zeigt mikroskopische Präparate und **Kulturen von Bac. fusiformis**, deren Züchung aus Diphtheriebelägen ihm nach langem Bemühen gelungen ist. Der Bazillus ist gramnegativ, unbeweglich, streng anaerob und wächst am besten in Traubenzuckeragar, schlechter in Serumagar. Zuckerbouillon wird in 24 Stunden unter üppigem Wachstum getrübt; sämtliche Kulturen verbreiten einen unangenehmen Geruch.

Mäuse sterben bei relativ hohen Dosen unter schweren toxischen Erscheinungen.

Escherich sprach über **„Säuglingsfürsorge und Organisation der Schutzstelle des Vereins „Säuglingsschutz“ in Wien“** und gab zuerst einen historischen Überblick über die Entwicklung der Säuglingsfürsorge, die von Frankreich 1892 ausging. Die ersten Anstalten „Consultations des nourrissons“ hatten den Zweck, Brustkinder zu überwachen und den stillenden Müttern mit Rat an die Hand zu gehen. Später wurden durch die „Gouttes de lait“ auch künstlich genährte Säuglinge überwacht und zum Teil mit guter sterilisierter Milch versehen.

Die Schutzstelle des Vereins „Säuglingsschutz“ in Wien wurde mit dem Gedanken gegründet, die natürliche Ernährung (Brust) dadurch zu propagieren, daß stillende Mütter für sich täglich 1 l Milch als Prämie erhalten; andererseits sollten Kinder, deren Mütter nicht zu stillen imstande sind, von der Schutzstelle aus tadellose sterilisierte Milch in Einzelportionen trinkfertig erhalten. Es werden nur Kinder der ersten 6 Lebenswochen neu aufgenommen. Die Kinder müssen dann wöchentlich einmal vorgestellt und auf diese Weise die Pflege und Entwicklung des Kindes ärztlich kontrolliert werden.

Die Schutzstelle des Vereins, deren Besichtigung nach dem Vortrage erfolgte, erfreute sich eines ungemein lebhaften Zuspruches und findet bei der armen Bevölkerung viel Verständnis.

Außer der Zentrale, die sich auf dem Areal des St. Anna-Kinderspitales befindet, besteht eine Filiale im Leopoldstädter Kinderspitale und werden weitere Filialen in den Peripheriespitälern errichtet werden.

Sitzung vom 16. November 1905.

Neurath demonstriert ein 14 Jahre altes Kind mit **porthemiphlegischer Epilepsie** mit dem auffallenden Symptom der halbseitigen Steigerung der Hautreflexe auf der paretischen Seite (Hyperästhesie und Steigerung der Sehnenreflexe).

Hermann Schlesinger stellt ein Kind mit typischer **Pseudohypertrophia muscularis** vor, das gleichzeitig Symptome eines Myxödems darbot. Letztere wurden durch Schilddrüsenbehandlung zur Besserung gebracht. Die Pseudohypertrophie blieb durch die Therapie unbeeinflußt.

Jehle demonstriert 2 Dysenteriefälle, die mit **Kruseserum** erfolgreich behandelt wurden.



Beim ersten Falle (2½jähriger Knabe) ließ sich die Infektion von außen nachweisen (durch eine aus Siebenbürgen zugereiste Person). Im Stuhle des Pat. fanden sich Dysenterie-Bazillen „Shiga-Kruse". Auf Grund dieses Befundes wurden dem Kinde 25 ccm Kruseserum subkutan injiziert. Der vorher verfallene Patient war 24 Stunden nach der Injektion viel frischer, der Eiter und Blutgehalt der nahm ab.

Das zweite Kind (2½jähriges Mädchen) war plötzlich nach dem Genusse einer „Pariser Wurst" mit bluteitrigen Stühlen (25 pro die), Tenesmus, Fieber, Kollaps erkrankt. Patient bekam 25 ccm Kruseserum. Am nächsten Tage war das Kind frisch, afebril. Die Zahl der Stühle betrug nur 8, der Blut- und Eitergehalt wesentlich geringer.

Vortr. zeigt im Anschlusse an diese Fälle den von ihm zur Bestimmung der Darmflora verwendeten Nährboden, der eine rasche Diagnose bei Dysenterie ermöglicht, und von deren Ausfalle die Therapie abhängig gemacht wird (Kruseserum oder Flexnerserum).

Escherich betont in der Diskussion die Wichtigkeit der Differenzierung der einzelnen Dysenterieformen am Krankenbette. Dysenteriefälle, bei denen der Shiga-Kruse-Bazillus zu finden ist, verlaufen schwerer, während bei den in Wien häufiger vorkommenden endemischen leichter verlaufenden Dysenterieformen der Flexnersche Stamm gefunden wird. Escherich würde wünschen, daß statt der bisherigen monovalenten Heilsera bei Dysenterie polyvalente Sera erzeugt werden, welche auf beide Arten von Dysenterieinfektionen wirkt.

Brandweiner stellt einen 10jährigen Knaben mit **Lichen ruber planus** vor. Als charakteristische Effloreszenzen finden sich isoliert oder in kleinen Gruppen stehende hirse-hanfkorngroße Knötchen mit wachsartigem Glanz und zentraler Delle. Die Begrenzung ist polygonal, die Knötchen erheben sich plateauartig über die Umgebung. Die Farbe der Effloreszenzen, die hier braunrot erscheinen, ist nicht charakteristisch.

Horn demonstriert einen Fall von **Rheumatismus nodosus** nach Chorea und Endokarditis.

Das 7jährige Mädchen hatte Weihnachten 1902 den ersten Choreaanfall, seither zahlreiche Rezidive. Im August 1905 deutliche Zeichen eines Vitiums. Anfangs September traten an der Beugeseite beider Handgelenke entlang des M. palmaris longus, später symmetrisch an Ellbogen, Knie und Sprunggelenken, an der Hinterhauptschuppe und über den Proc. spinosi der Wirbelsäule erbsengroße, subkutane, druckempfindliche Knötchen auf, welche an einzelnen Stellen schwanden.

Die Therapie ist machtlos. Die Knötchen schwinden spontan (Verfettung und Resorption nach 4—5 wöchentlicher Dauer). Sie treten niemals primär, sondern bei Patienten auf, die bereits rheumatische Affektionen durchgemacht haben. Die Eruption erfolgt ohne Prodome, ohne Fieber unter unbestimmten Gelenkschmerzen.

Eisenschitz erwähnte, daß die demonstrierten Knötchen den alten Ärzten unter dem Namen der Frorieepschen Knötchen bekannt seien. Sie kamen auch ohne Rheumatismus und Chorea.

Hecht demonstriert eine einfache **Methode zur Fettbestimmung in den Fäzes.** 5 ccm Stuhl werden eine halbe Stunde mit alkoholischer Kalilauge gekocht, die Seifenlösung wird gesäuert, dann filtriert, das Filtrat getrocknet, mit Äther in einen Meßapparat eingefüllt, heißes Wasser zugegossen, die Fettsäuren scheiden sich ab, steigen im Gefäße auf und ihre Menge kann an einer Skala abgelesen werden. 25 Teilstriche entsprechen 1 g Fett.

Hamburger stellt einen 11 Jahre alten Knaben mit einer seltenen Form der postdiphtheritischen Lähmung vor. Akkomodations- und Gaumensegellähmung war beim Patienten schon in Rückbildung. Wenn Patient bei geöffnetem Munde a sagt wird die rechte Zungenhälfte auf den Mundhöhlenboden gedrückt, die linke bleibt unbeweglich. Dies beruht auf einer **isolierten Lähmung des M. hyoglossus links.** Alle übrigen Muskeln der Zunge sind intakt.

Zappert berichtet über ein jetzt 16 jähriges Mädchen, bei welchem sich **nach Ablauf eines zerebralen Krankheitsprozesses eine typische Epilepsie** entwickelte.

Die bis vor 3 Jahren gesunde Patientin erkrankte damals mit Kopfschmerzen, Schwindel, Doppeltsehen. Der Augenarzt konstatierte Abduzenslähmung (zuerst links, später auch rechts) und beiderseitige Stauungspapille. Im weiteren Verlaufe kamen nur vage Symptome zur Beobachtung (Anfälle von Schwindel, Parästhesien in der Zunge, Parese einer Extremität ohne Bewußtseinsstörung durch

einige Minuten). Alle Lähmungserscheinungen sowie die Stauungspapille gingen vollständig zurück (Pseudotumor Oppenheim). Dafür traten $^3/_4$ Jahr nach den ersten Symptomen typische epileptische Anfälle auf, die auf Brom besser wurden.

Z. betont, daß man ohne Kenntnis der Entwicklung dieses Symptomenkomplexes diesen Fall für eine gemeine Epilepsie halten würde, die hier vorausgegangenen Herdsymptome, die Z. auf ein kleinen Bezirk des Pons bezieht, müssen dazu zwingen, diesen Fall von Epilepsie als symptomatische aufzufassen. Z. meint, daß in vielen Fällen sogenannte genuiner Epilepsie das Stadium der zerebralen Erkrankung übersehen worden ist, weil die durch letztere ausgelösten Erscheinungen geringfügig sein können. B. Schick (Wien).

IV. Monats-Chronik.

Um der Verbreitung ansteckender Krankheiten durch die Kinder vorzubeugen, hat die Regierung in Magdeburg folgende sehr beachtenswerte Verfügung erlassen: Es ist mehrfach wahrgenommen worden, daß in Orten, wo wegen einer Epidemie die Schule geschlossen werden mußte, die tägliche Erkrankungsziffer nicht abgenommen hat, sondern vereinzelt sogar gestiegen ist. Diese auffällige Erscheinung ist wohl darauf zurückzuführen, daß die Schulkinder die infolge des Schulschlusses gewonnene freie Zeit dazu benutzten, miteinander auf der Straße zu spielen oder erkrankte Mitschüler in deren Wohnungen zu besuchen. Es ergibt sich hieraus die Notwendigkeit, daß, abgesehen von den rechtzeitigen Schulschließungen, auch sonst alles vermieden werden muß, was geeignet ist, die Übertragung der Ansteckungsstoffe durch Schulkinder zu begünstigen. Die Lehrer sollen daher in allen Fällen, wo wegen ausgebrochener Epidemien die Schule geschlossen werden muß, die Schüler auf die Gefahren solcher Zusammenkünfte aufmerksam machen, auch die Eltern bei geeigneter Gelegenheit hierüber belehren.

Hamburg. Dr. Ringel, bisher Sekundärarzt an der Chirurgischen Abteilung des Eppendorfer Krankenhauses, ist zum **leitenden Arzt der chirurgischen Abteilung des Bergfelder Kinderhospitals** gewählt worden.

Heidelberg. Der I. Assistent der Universitäts-Kinderklinik Dr. L. Tobler hat sich habilitiert. Die Probevorlesung behandelte „Moderne Prinzipien der Diphtheriebehandlung“.

Berlin. Die Krankenhaus-Deputation hat beschlossen, auf dem Terrain von Treptow ein neues **Kinderkrankenhaus** für 300 Betten zu bauen.

Wien. Die bisher im **Karolinen-Kinderspital bestehende chirurgische Abteilung**, von deren Leitung Prof. Dr. Al. Fränkel zurückgetreten ist, wird aufgelassen und an ihrer Stelle wird eine Säuglingsabteilung eingerichtet werden.

— Das Kapital der **Widerhofer-Stiftung**, welches nach den Intentionen des zur Sammlung von Beiträgen für dieselben bestehenden Komitees 60000 K Höhe erreichen soll, ist bis auf ungefähr 7000 K aufgebracht. Beiträge nimmt Herr E. Mauthner (Wien, I. Schreyvogelgasse 3) entgegen. Die Stiftung, durch welche das Andenken des langjährigen Direktors des St. Anna-Kinderspitals geehrt werden soll, soll aus 10 Betten in dem Neubau der Kinderklinik in einem besonderen Widerhofer-Saal bestehen.

(Wiener klin.-therap. Wochenschrift. 1905. No. 48.)

Prag. Prof. Dr. Rud. Fischl hat das Ritterkreuz des Ordens der französischen Ehrenlegion erhalten.

Verantwortlicher Redakteur: Dr. Eugen Graetzer in Sprottau. — Verlag von Johann Ambrosius Barth in Leipzig. — Druck von Metzger & Wittig in Leipzig.

Centralblatt für Kinderheilkunde.

Eine Monatsschrift für praktische Ärzte.

XI. Jahrgang. 1. Februar 1906. No. 2.

I. Originalbeiträge.

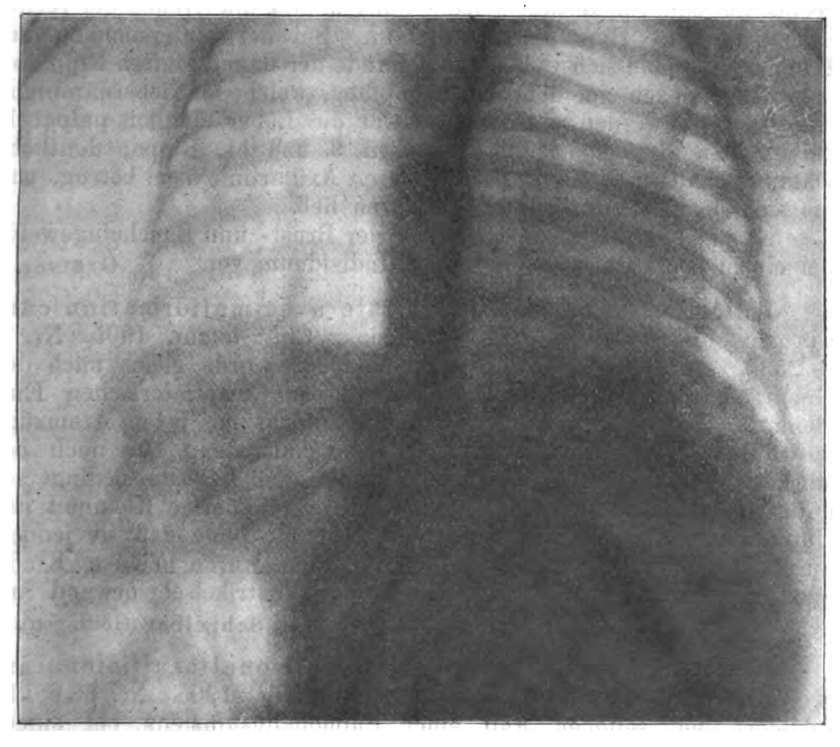
Ein Fall von Dextrokardie.

Von

Dr. **Herman B. Sheffield,**

Doz. d. Kinderheilkunde a. d. New York Post-Graduate School and Hospital.

Beifolgendes Röntgenbild stammt von einem 8 jährigen Mädchen, das von gesunden Eltern geboren wurde. Das Kind hat fünf normale



Geschwister. Es bekam im Alter von 3 Jahren Masern und Lungenentzündung; der damals behandelnde Arzt erkannte die angeborene Anomalie nicht. Als das Mädchen jetzt zu mir wegen Magenbeschwerden ins Spital kam, entdeckte ich die Dextrokardie. Das

Röntgenbild ist vom Rücken aus aufgenommen. Wie man sieht, liegt die Herzspitze auf dem Leberrande, ungefähr ein Zoll außerhalb der Mammillarlinie. Das schmächtige, einen mutlosen Eindruck machende Kind hat einen Pulsschlag von 95—100. Es ist frei von Rachitis, leidet aber an Lymphadenitis, besonders der Axillardrüsen.

II. Referate.

Klingmüller (Strehlen), Über einen Fall von vollkommenem Situs viscerum transversus. (Die ärztl. Praxis. 1905. No. 22.) Bei einem 18jährigen Mädchen fand K. diese Anomalie gelegentlich einer Brustuntersuchung. Schon bei der Inspektion fiel sofort im fünften rechten Interkostalraum, knapp 2 cm nach innen von der Brustwarzenlinie, eine deutliche pulsierende Stelle ins Auge, die sich als Herzspitzenstoß erwies. Die Herzdämpfung begann am unteren Rande der vierten rechten Rippe, am Rippenknorpel, reichte nach rechts bis zum Spitzenstoße, nach links bildete die Grenze der rechte Brustbeinrand. Herztöne völlig rein. Bei der Untersuchung der Bauchorgane fand sich vom unteren Rande der linken fünften Rippe bis zum Rippenbogen eine deutliche Dämpfung, welche als Leberdämpfung angesprochen werden mußte (auch war die Leber deutlich palpabel). Im rechten Hypochondrium, zwischen 9. und 11. Rippe, deutliche Dämpfung, deren Höhe in der mittleren Axillarlinie 5 cm betrug, und die sich nur als Milzdämpfung erklären ließ.

Es lag also völlige Verlagerung der Brust- und Baucheingeweide bei einem sonst durchaus normalen Individuum vor. Grätzer.

Tollemer, Cornage congénitale avec malformation cardiaque congénitale. (Ann. de Méd. et Chir. infant. 1905. Nr. 8. S. 253.) Bei dem 6 Monate alten Mädchen wurde gleich nach der Geburt ein rauhes Inspirationsgeräusch mit inspiratorischen Einziehungen bemerkt. .Dieser Stridor, der anfangs mit jedem Atemzuge auftrat, ließ späterhin etwas nach und kam dann nur noch bei stärkeren Atembewegungen vor. T. glaubt, daß derselbe bedingt sei durch eine Mißbildung am Kehlkopf, da eine abnorme Kleinheit des Unterkiefers und Enge des Pharynx bestand, ohne daß sie jedoch durch Inspektion erwiesen wurde. Außerdem wurde bei dem Kinde nach dem Herzbefund ein Defekt in der Ventrikelscheidewand angenommen. Schreiber (Göttingen).

H. Bosse (Riga), Ein Fall von Pulmonalinsuffizienz im Kindesalter. (Zentralblatt f. innere Medizin. 1905. Nr. 33.) B. schildert den seltenen Fall einer Pulmonalinsuffizienz bei einem $5^1/_2$ jährigen Knaben. Bei demselben fehlten alle auf eine Hemmungsbildung des Herzens hindeutenden Zeichen, B. nimmt daher an, daß hier die Folgeerscheinungen einer intrauterinen (oder auch postuterinen) Endocarditis mit Ausgang in Verwachsung der Klappen

vorlag. Die Klappen selbst müssen dabei schwingungsfähig geblieben sein, da durch ihre Anspannung ein lauter Ton erzeugt wird. Vielleicht handelt es sich auch um eine Diaphragmabildung, wie sie an den Aortenklappen wiederholt beobachtet worden ist, d. h. eine Verwachsung der Ränder sämtlicher drei Klappen unter Offenbleiben eines Loches in der Mitte; eine solche Diaphragmabildung wäre imstande, den auffallend lauten diastolischen Ton, wie er hier gehört wurde, zu erklären. Grätzer.

S. Saltykow, Über diffuse Myocarditis. (Virchows Archiv. Bd. 182. Heft 1.) S. bringt in der vorliegenden Arbeit den Nachweis, daß es fließende Übergänge zwischen der seltenen akuten diffusen Myocarditis und der diffusen fibrösen, die nicht auf Schwielenbildung infolge Zirkulationsstörungen beruht, gibt. Erstere stellt das Anfangsstadium, letztere das Endstadium dar, in der Mitte stehen die Herzveränderungen, wie sie sich so häufig bei Kindern nach akuten Infektionskrankheiten, besonders Diphtherie finden. — Die akute diffuse Myocarditis zeichnet sich klinisch durch ihren rapiden Verlauf, pathologisch durch die meist auf das Herz beschränkten Veränderungen bei bisher negativen bakteriologischen Befunden aus. Histologisch findet sich ein die Muskelfasern stark durchsetzendes zellreiches Exsudat, das zwar nicht rein eitrig, aber wegen seines Zellreichtums von den bei Diphtherieherzen (subakut) und den hierhergehörigen Fällen diffuser fibröser Myocarditis (chronisch) wohl zu unterscheiden ist. Streng zu trennen von den letztgenannten Fällen sind die fibrösen Myocarditiden, in denen es infolge von Zirkulationsstörungen zu Schwielenbildung gekommen ist. Bennecke (Marburg).

Domenico Crisafi, Über den angeblichen „Herzreflex". (Rivista di Clinica Pediatrica. V. 1905.) Verf. hat in 34 Fällen der verschiedenartigsten Krankheiten auf den zuerst von Abrams 1901 beschriebenen Herzreflex untersucht; die Untersuchungen fielen stets negativ aus. Verf .erklärt die Methode für ungeeignet zur differentiellen Diagnose zwischen Herzdilatation und Pericarditis. F.

Giorgio Rotondi, Über kongenitale Zyanose ohne auskultatorische Herzgeräusche. (Rivista di Clinica Pediatrica. VIII. 1905.) Es handelte sich um eine Stenose der Pulmonalarterie. Eine Kommunikation zwischen beiden Herzhälften bestand nicht. Die Stenose war sehr geringfügig und hätte allein wohl nicht genügt die Zyanose zu verursachen, wenn nicht gleichzeitig eine ausgedehnte Lungenatelektase bestanden hätte. Ein auskultatorisches Geräusch über dem Herzen fehlte völlig; Verf. bringt in dieser Hinsicht seinen Fall in Parallele zu zwei von Variot beschriebenen. F.

A. A. Hymans van den Bergh, Enterogene Cyanose (zur enterogenen Cyanose). (Nederl. Tydschr. voor Geneeskunde. 1905. Bd. 1. S. 719.) Zyanose der Haut und Schleimhäute mit Schwellung der Endphalangen der Finger ohne Störung im Blutkreislaufe (normales Herz und normale Lungen) ist zuerst von Stokvis beschrieben unter dem Namen autotoxische enterogene Zyanose in einem Falle von heftiger Enteritis. Stokvis war der

Meinung, daß die Zyanose in diesem Falle zugeschrieben werden mußte dem im Blute zirkulierenden Methämoglobin, entstanden durch die Einwirkung eines anderen kranken im Darm resorbierten Stoffes auf das Hämoglobin des Blutes, also durch Autointoxikation.

Über noch drei derartige Fälle wurde später von Talma berichtet, so daß die gesamte Kasuistik bis jetzt nur vier Fälle betraf.

B. hatte nun die Gelegenheit, noch zwei Fälle von enterogener Zyanose zu beobachten, den einen bei einem Kinde, wo im Blute Sulfohämoglobin, und den anderen bei einem Erwachsenen, wo Methämoglobin im Blute konstatiert wurde als Ursache der Zyanose.

Der erste betrifft einen Knaben, der im Alter von 9 Jahren zur Beobachtung kam.

Aus der Anamnese ergibt sich folgendes: Das Kind wurde geboren mit einer Atresia ani, operiert am zweiten Lebenstag und regelmäßig dilatiert bis zum neunten Monate. Während dieser Behandlung sollte schon einige Male Fäkalmasse aus der Urethra ausgeflossen sein. Der Stuhl blieb danach immer dünnflüssig und, nach Angabe der Mutter, sollte der größte Teil des Harns mit dem Fäzes per anum entleert worden sein. Seit etwa 2 Jahren wurde das Kind blau bei Zorn und beim Pressen; in den letzten Monaten ist diese blaue Färbung permanent und sind die Endphalangen der Finger geschwollen.

Status: Körperlich und geistig zurückgebliebenes Kind. Intensive Zyanose, welche sich noch verschlimmert beim Weinen und körperlicher Anstrengung. Schwellung der Endphalangen der Finger. Keine Dyspnoe, kein Ödem, kein Ascites. Herz, Lungen, Leber und Milz normal. Kein Fieber. Tympanitis. Pollakiurie. Durchfall. Quantum Harn in 24 Stunden sehr gering. Bei Druck auf die Glans treten Fäzes aus der Urethra. Der per Katheter aus der Blase entleerte Harn enthielt kein Eiweiß, keinen Zucker, viel Indol, Bakterien und Leukozyten, aber keine Fäzesbestandteile. Bei kombinierter Untersuchung ergibt sich eine Urethrorektalfistel.

Das Blut, mit 5200000 roten gegen 20000 weißen Blutkörperchen, war in vitro schwarzrot, ergab bei der spektoskopischen Untersuchung neben den zwei für Oxyhämoglobin charakteristischen Streifen noch einen intensiven im Rot. Der letztere wurde anfänglich, nach Stokvis, als Methämoglobin aufgefaßt; später ergab sich, daß es sich nicht um dieses sondern um Sulfohämoglobin handelte. Es konnte konstatiert werden, daß dieser Farbstoff nicht gelöst war im Blutplasma, daß er aber gebunden war an die roten Blutkörperchen.

Bei der direkten spektroskopischen Untersuchung des strömenden Blutes mittels „Spectroscope à vision directe“ von Schmidt und Hänsch ergab sich, daß der abnormale Blutfarbstoff zwischen 0,9 bis etwa über 1 gelegen war (während der Streifen des Methämoglobins zwischen 0,8 und etwa über 0,9 im Spektrum liegt), also ganz genau da, wo sich der Streifen von dem durch Harnack gefundenen Sulfohämoglobin befindet. Es mußte sich also hier um eine Sulfohämoglobinämie handeln.

Wurde nun 1 ccm der Fäzes des Kindes gemischt mit 10 ccm einer Normal-Oxyhämoglobinlösung, dann entstand nach 12—14 Stunden

genau derselbe Farbstoff, und weil Hoppe-Seyler schon gefunden hat, daß durch Einwirkung von H^2S auf Oxyhämoglobin das Sulfohämoglobin entsteht, ist H. der Meinung, daß die Zyanose dem Übergang von H^2S aus den Fäzes in das Blut, und der darauffolgenden Umsetzung des Hämoglobins in Sulfohämoglobin zugeschrieben werden mußte.

Es ist höchstwahrscheinlich, daß die Bildung der H^2S Folge der ammoniakalischen Zersetzung des im Darme abfließenden und da zurückgehaltenen stinkenden Harnes war. Denn wurde ein Catheter à demeure in die Blase gebracht, so daß der Harn per urethram abfloß, und zugleich der Anus regelmäßig dilatiert (so daß einer Stagnation des zersetzten Darminhaltes vorgebeugt wurde), dann verminderte sich auch die Zyanose sehr bedeutend, aber sie kehrte wieder, sobald diese Behandlung nachgelassen wurde.

Behufs Diagnose der enterogenen Zyanose genügt die Untersuchung des strömenden Blutes. Die angewandte Methode war folgende: Gegen die Hinterfläche des Ohres wurde ein elektrisches Glühlämpchen gehalten, versehen mit einem trichterförmigen Ansatz zur Konzentration der Lichtstrahlen auf die Ohrmuschel. Durch Anwendung des Spectroscope à vision directe, gesetzt auf die Vorderfläche der Ohrmuschel, kann das strömende Blut nun ganz genau untersucht werden.

Graanboom (Amsterdam).

R. Tatschner (Asparn), Über vier Fälle von Herzkomplikation (Endocarditis) bei epidemischer Parotitis (Mumps). (Wiener med. Wochenschrift. 1905. No. 31.) Im Orte war eine Mumpsepidemie, keiner der Erkrankten bekam dabei eine Herzkomplikation, außer den sämtlichen vier Kindern einer Familie, welche Endocarditis dabei akquirierten.

Grätzer.

L. Moll, Zur Kenntnis des Parotisspeichels beim Säugling. (Aus Prof. Epsteins Kinderklinik in der Landesfindelanstalt in Prag.) (Monatsschrift f. Kinderheilkunde. September 1905.) M. hatte bei einem 7 Monate alten Kinde mit Parotisfistel Gelegenheit, das reine Parotissekret zu sammeln und zu untersuchen. Dasselbe war wasserklar und quoll tropfenweise ab. Durch leichten Druck ließ sich etwas mehr Speichel gewinnen. Es floß dann zuerst wasserklarer, dünnflüssiger Speichel und später trüber, dickflüssiger, klumpiger, der viel Schleimkörperchen und gallertige Klümpchen enthielt, ab. Die Flüssigkeit reagierte deutlich alkalisch, schäumte leicht beim Schütteln, enthielt nur wenig Eiweiß. Mit Leichtigkeit konnte die Wirkung des Ptyalins festgestellt werden. Durch Einwirkung auf Stärkekleister bei 38° ließ sich zunächst Amydulin, dann Erythrodextrin, hierauf Achroodextrin und schließlich Zucker nachweisen. Die Übergänge dieser Phasen erfolgten sehr rasch, fast plötzlich; nach 5 Minuten war schon gewöhnlich Zucker gebildet. Rhodan konnte nicht nachgewiesen werden.

Grätzer.

v. Saar, Kongenitales Zystadenom der rechten Parotis. (Aus dem patholog.-anatom. Institute an der deutschen Universität in Prag.) (Prager med. Wochenschrift. 1904. Nr. 52.)

Das $1^1/_2$jährige Kind wurde am 20. Oktober 1903 in die Bayersche Klinik aufgenommen. Schon bei seiner Geburt soll es eine hühnereigroße Vorwölbung an der rechten Halsseite gehabt haben, welche dann ziemlich schnell wuchs. Sonst war der Knabe ganz gesund. Bei seiner Aufnahme fand sich in der rechten Regio parotidea eine zirka mannsfaustgroße, in zwei Abschnitte geteilte Vorwölbung, welche nach hinten bis in die Regio nuchae und nach unten bis zur Clavicula reichte; an den hinteren unteren Partien Fluktuation. Bei der Punktion hierselbst entleerte sich trübe, blutig-seröse Flüssigkeit. Trotz wiederholter Punktionen und Injektionen von 40% Alkohol wuchs der Tumor zusehends, auch Arsen innerlich und Röntgentherapie vermochten nichts. Das Kind kam zusehends herunter, die Atmung wurde behindert, schnarchend, unter zunehmendem Marasmus Tod am 20. Februar 1904.

Die Sektion führte nun zur Diagnose: Cystadenoma parotidis dextrae congenitum. Daß der Tumor wirklich von der rechten Parotis ausgegangen war, bewies das mikroskopische Fehlen der Drüse, sowie der mikroskopische Nachweis von Parotisresten in der bindegewebigen Kapsel des Tumors. Der Umstand, daß Einsprengungen von Muskulatur und Knorpelgewebe gefunden wurden, weist darauf hin, daß die Entstehung der Geschwulst in einer sehr frühen embryonalen Periode eingesetzt hatte, wodurch Kiemenbogenreste und quergestreifte Muskulatur aus ihrem natürlichen Zusammenhange gelöst und von dem rasch und stark expansiv wachsenden Tumor umwachsen und eingeschlossen wurden. Auch der embryonale, unfertige Charakter des Stromas der Geschwulst war ein Zeugnis für deren frühzeitige Entstehung. Der Befund einer Lymphdrüse mitten im Geschwulstgewebe hatte nichts Merkwürdiges an sich, da wir jetzt wissen, daß normalerweise Lymphknoten in der Parotis vorkommen.

Solche kongenitale Zystadenome der Parotis sind sehr selten; Verf. fand in der Literatur nur zwei Fälle verzeichnet (Eröss, Sacchi).

Grätzer.

Jacob Poult, Ein Teratom der Thyreoidea, Beitrag zur Geschwulstlehre. (Virchows Archiv. Bd. 181. Heft 1.) Bei einem Kinde mit sehr kurzem Halse wurde bald nach der Geburt an der linken Halsseite ein Tumor bemerkt, der operativ entfernt wurde. Die mikroskopische Untersuchung ergab, daß es sich um ein Teratom handelt, welches Bestandteile aus allen drei Keimblättern aufweist, und zwar fanden sich der Hauptmasse nach ein undifferenziertes, wahrscheinlich die Vorstufe von Hirn und Rückenmark darstellendes Gewebe, ferner Stücke der Pigmentlamelle der Retina, Binde-, Fett-, Knorpel-, Knochengewebe, quergestreifte Muskulatur, Drüsen der Haut und Darmbestandteile. Nach eingehender Besprechung der Literatur kommt P. zu dem Schlusse, daß der Tumor bigerminalen Ursprungs sei.

Bennecke (Marburg).

W. G. Mac Callum, Die Beziehung der Parathyreoiddrüsen zu Tetanie. (Zentralblatt f. allgem. Pathol. u. patholog. Anatomie. Bd. 16. No. 10.) Die Parathyroiddrüsen zerstören im Blute zirkulierende, noch unbekannte Gifte, die am Zentralnervensystem angreifen. Nach Exstirpation der Drüsen tritt Tetanie ein, da die giftzerstörende Wirkung der Drüsen ausfällt.

Verf. glaubt in einem, einen alten Mann betreffenden Falle, der

unter dem Zeichen der Tetanie starb, die Produktionsstelle des Giftes gefunden zu haben. Es fand sich bei der Sektion eine durch narbige Veränderungen am Pylorus bedingte enorme Erweiterung des Magens, sowie Zeichen chronischer Entzündung und Proliferation der Parathyroiddrüsen. Im Magen soll das die Tetanie erzeugende Gift gebildet sein und dieses die Drüsen zu erhöhter Tätigkeit veranlaßt haben. Dieselbe genügte aber nicht, um die Tetanie zu verhindern.

Bennecke (Marburg).

P. Argutinsky (Kasan), Über einen Fall von Thyreoplasie (angeborenem Myxödem) und über den abnormen Tiefstand des Nabels bei diesem Bildungsdefekt. (Berliner klin. Wochenschrift. 1905. Nr. 35.) A. beschreibt den Fall eines $3^3/_4$ Jahre alten Knaben, bei dem die dauernde Schilddrüsentherapie sehr günstig einwirkte. Zum ersten Male fiel ihm bei diesem Falle; dann in einer ganzen Reihe fremder Fälle von unbehandeltem angeborenem Myxödem, die durch Photographien illustriert waren, der bedeutende Tiefstand des Nabels auf. Dieser Tiefstand bleibt, wenn keine Organotherapie angewandt wird, bestehen, bei andauernder Schilddrüsentherapie rückt der Nabel allmählich, auch in den extremsten Fällen, zur normalen Höhe hinauf.

Grätzer.

Crisafi, Histologische und bakteriologische Untersuchungen der Schilddrüse in einigen Kinderkrankheiten. (Il Morgagni. VII. 1905.) Mikroskopisch zeigt die Schilddrüse in den untersuchten Fällen (Typhus, Bronchopneumonie nach Masern, Diphtherie usw.) eigentümliche Veränderungen, die an eine funktionelle Hyperaktivität derselben denken lassen; bakteriologisch scheint die Schilddrüse nicht mit einem Schutzvermögen gegen die im Blute kreisenden Keime versehen zu sein. In den 10 Fällen, in denen Bakteriämie bestand, war der Befund in der Drüse stets positiv. F.

Luigi Tomellini, Experimentelle Untersuchungen über die Tuberkulose der Schilddrüse. (Beitr. z. path. Anat. u. allg. Path. v. Ziegler. Bd. 37. Heft 3.) Die Tuberkulose der Schilddrüse wird im allgemeinen selten beobachtet; auch ihre Beteiligung an der Miliartuberkulose ist den Literaturangaben nach ein seltenes Ereignis. Es ist das vielfach durch eine Immunität der Drüse gegenüber den Tuberkelbazillen erklärt worden. T. unterzog diese Angaben einer experimentellen Prüfung an Kaninchen, da er sich für berechtigt hält, der besonderen Verhältnisse halber die Ergebnisse beim Kaninchen in weitgehendem Maße auf den Menschen zu übertragen. Aus seinen Versuchsergebnissen zieht er den Schluß, daß von einer Immunität der Schilddrüse gegen Tuberkelbazillen nicht gesprochen werden kann. — Einen weiten Raum in der Arbeit nimmt die Besprechung der interessanten Beobachtungen über die Entstehung der Riesenzellen ein. T. kommt zu dem Schlusse, daß bei den durch seine Versuchsanordnung gesetzten Verhältnissen in der Schilddrüse die Riesenzellen lediglich aus den aus dem Blute stammenden Zellen hervorgehen, daß Bindegewebselemente sich aber nicht dabei beteiligen.

Bennecke (Marburg).

G. Tada, Beitrag zur Frage der Thymushypertrophie. (Jahrbuch f. Kinderheilkande. Bd. 61. Heft 1.) Eine recht lehrreiche und gut illustrierte kasuistische Arbeit. Die bei einem 7monatlichen Kinde links vorne oben, auf und neben dem Sternum und unterhalb der Clavicula konstatierte deutliche Dämpfung, die intra vitam als Drüsendämpfung imponierte, erwies sich auf den Durchschnitt durch den gefrorenen Körper als herrührend von der erheblich vergrößerten Thymus. Differenzialdiagnostisch zwischen Drüsentuberkulose und Thymushypertrophie ist das Fieber, die schlechte Körpergewichtszunahme bei der ersteren gegenüber dem fieberlosen günstigen Verlauf und dem guten Ernährungszustand bei der letzteren zu beachten.

Hecker (München).

Emil Glas, Beiträge zur Pathologie gutartiger Tonsillartumoren. (Virchows Archiv. Bd. 182. Heft 1.) G. untersuchte fünf Tumoren der Gaumentonsille und eine Nebentonsille bei einem Phthisiker. Letztere zeichnete sich durch die starke hyaline Entartung des retikulären Bindegewebes aus, das an einigen Stellen Amyloidreaktion gab. Der Befund wird hier angeführt, weil es sich um einen als typisch zu bezeichnenden Fall handelt und weil er zeigt, daß hyalines und lokales Amyloid in den Nebentonsillen vorkommen können. — Von den Tumoren, die klinisch gutartig waren, werden zwei als hyperplastische Geschwülste (Fibrolipom, Schleimdrüsenpolyp), zwei als teratoide Tumoren (es fanden sich Abkömmlinge aller drei Keimblätter) bezeichnet, während der dritte, ein Kind betreffend, als Lymphgefäßektasie infolge hyaliner Entartung des Bindegewebes des Tumorstieles aufzufassen ist. Die zweite Gruppe der Tumoren läßt sich entwicklungsgeschichtlich aus Störungen der Umbildung der zweiten Schlundspalte ableiten.

Bennecke (Marburg).

Henkes, Ein neues Tonsilleninstrument. (Monatsschrift f. Ohrenheilkunde. 1905. Nr. 6.) Das Instrument soll dazu dienen, die Tonsillen mit Hilfe der kalten Schlinge zu entfernen. Die Schlingenoperation hat den Vorteil der erheblich geringeren Blutung gegenüber den schneidenden Instrumenten. Man gebrauchte bisher zu diesem Zwecke einen kräftigen Nasenpolypenschnürer, hatte aber dann nicht genügend Kraft, mit einer Hand die Schlinge durch die Tonsille hindurch zu ziehen. Mit dem vom Verf. beschriebenen Instrumente kann man die ganze Operation mit einer Hand vollenden, während die andere den Zungenspatel hält. Das Instrument ist für beide Seiten brauchbar, nimmt sehr wenig Platz weg und gestattet einen freien Einblick in den Mund, weil die operierende Hand sich unterhalb des Mundes befindet. Zu haben ist es bei Walb in Heidelberg.

A. Sonntag (Berlin).

A. Most (Breslau), Zur Chirurgie der Halsdrüsen. (Zentralbl. f. Chirurgie. 1905. Nr. 30.) Bekanntlich existieren im Retropharyngealraum Drüsen, welche nicht selten zu Entzündungen Anlaß geben. Es sind dies je eine oder zwei Lymphdrüsen, welche symmetrisch auf beiden Seiten der hinteren Pharynxwand, auf der Fascia bucco-pharyngea gelegen sind, nahe dem Winkel, welchen die hintere mit der seitlichen Pharynxwand bildet. Diese Drüsen sind in der Regel der

Sitz des akuten Retropharyngealabszesses der Kinder; aber auch tuberkulöse Entzündungen sitzen daselbst. Der Gedanke lag nahe, auch bei Drüsenoperationen im Halsgebiete dem Verhalten jener Follikelapparate Aufmerksamkeit zuzuwenden. M. hat auch bei den Lymphomoperationen auf das Verhalten jener Drüsen geachtet und 2 mal dieselben mit entfernt: bei einem 7 jährigen Knaben mit einem Drüsenpaket der linken Halsseite, und bei einem 15 jährigen Pat., der wegen eines ausgedehnten, mit Fisteln komplizierten Drüsenrezidivs zur Operation kam.

Es kommen hauptsächlich zwei Wege in Betracht, um zu jenen Drüsen zu gelangen. Der gangbarere scheint der — im ersten Fall eingeschlagene — zwischen V. facialis comm. und Jugularis interna zu sein. Der im zweiten Falle betretene Weg durch das Submaxillardreieck hindurch ist enger und wird wohl nur ausnahmsweise in Frage kommen. Die Exstirpation gelang beide Male ohne wesentliche Schwierigkeiten.

Sehr oft werden jene Drüsen nicht mit erkrankt sein. Immerhin wird es sich empfehlen, bei Halsdrüsenoperationen und besonders bei Exstirpation maligner Tumoren in den Quellgebieten der Retropharyngealdrüsen auf letztere zu achten und ihre Entfernung anzustreben, wenn durch ihr Zurückbleiben erhebliche Gefahren für den Pat. zu gewärtigen sein sollten. Grätzer.

H. Rieffel (Paris), Sur les appendices branchiaux du cou. (Revue mens. des malad. de l'enfance. Avril 1905.) In dem betreffenden Falle, welcher R. Anregung zu seiner Studie über die Kiemenauswüchse des Halses gab, handelte es sich um einen $6^1/_2$ jährigen Knaben, welcher einen kleinen, aufrechtstehenden Tumor über dem linken Sternomastoideus, 5 cm oberhalb des Sternoklavikulargelenkes, darbot. Derselbe war $2^1/_2$ mm lang, 7—8 mm dick und ähnelte einem leichtgebeugten Finger. Die Spitze des Auswuchses war weich, während in den untern zwei Dritteln, unter der Haut, ein hartes, knorpeliges Gewebe zu fühlen war. Der Auswuchs war angeboren, viel kleiner aber, und ist im Laufe der Jahre gewachsen.

Bei der Ablation zeigte es sich, daß kein Stiel in die Tiefe gegen Larynx, Trachea oder Karotisgegend ging, und daß der Kern der Geschwulst von einer gegen das Ende hin gabelig geteilten Knorpellamelle gebildet war. Das Zellgewebe war sehr gefäß- und namentlich venenreich.

R. hat noch 37 ähnliche Fälle aus der Literatur zusammenstellen können, und zwar trat der Tumor 27 mal einseitig und 10 mal doppelseitig auf. Sein Sitz liegt gewöhnlich 2—3 cm oberhalb des Sternoklavikulargelenkes, selten höher, niemals aber über die Höhe des Zungenbeines hinaus.

Diese angeborenen Anhänge entspringen immer über dem vorderen Rande des Sterno-mastoideus und beruhen auf einer Störung in der Entwicklung des zweiten Kiemenbogens. Die Art ihres Zustandekommens ist noch wenig erklärt, möglicherweise handelt es sich um eine embryonale Neubildung, wie dies schon Virchow angenommen

hat, beruhend auf einem Trauma oder einer sonstigen intrauterinen Schädigung. E. Toff (Braila).

Alfred Hüssy, Lähmung der Glottiserweiterer im frühen Kindesalter. (Jahrb. f. Kinderheilk. Bd. 61. Heft 1.) Bei einem 13 Monate alten Kinde treten $10^1/_2$ Monate nach Konstatierung einer luetischen Pseudoparalyse Zeichen von Dyspnoe auf, die zeitweilig bei Erregungen fast laryngospastischen Charakter annimmt. Zeichen von Laryngitis oder Diphtherie fehlen; injiziertes Heilserum bleibt ohne Erfolg. Die Art der Dyspnoe mit der lang gedehnten, mehr erschwerten Inspiration bei relativ unbehinderter Exspiration weist auf ein Hindernis in der Trachea oder im Larynx hin. Die nur unwesentlich veränderte Stimme spricht gegen entzündliche Veränderungen oder gegen etwa luetische Neubildungen des Kehlkopfinnern. Die spezifische Behandlung mit Hg und Jod versagte ebenfalls. Durch flüchtige Laryngoskopie wurde die Vermutung: Lähmung der Glottiserweiterer, bestätigt. Da die Stimmbänder sich ziemlich gut zu bewegen schienen, muß es sich nur noch um eine leichtere Parese der Postici gehandelt haben, die nur zu gewissen Zeiten sich noch geltend machte. Tod des Kindes an Pneumonie 14 Tage nach der Tracheotomie. Einen sicheren Zusammenhang der Lähmung mit der Lues ergab die Sektion nicht.

Differenzialdiagnostisch gegenüber den Glottiskrämpfen ist zu bemerken, daß bei diesen die Dyspnoe fast stets während der Nacht verschwindet, während sie bei der Posticuslähmung während des Schlafes häufig zunimmt. Die Prognose ist meist ernst. Der affizierte Muskel erholt sich — selbst cessante causa — nur selten. Die Prognose ist um so schlechter, je jünger das Kind. Therapeutisch ist gegen das Grundleiden usw. vorzugehen. Gegen die Atemnot Tracheotomie oder Intubation. Hecker.

S. Lövi, Ein Fall von laryngocele sec. Virchow. (Gyógyászat. 1905. Nr. 12.) Die Laryngocele geht vom Sinus pyriformis aus, wurde für einen Kropf angesehen. Wenn der jetzt 19jährige Pat. sein Gesicht aufbläst, zeigt sich am Halse eine Auftreibung, die nach Öffnen des Mundes schwindet. 10 Fälle sind bisher bekannt.

Ernö Deutsch (Budapest).

Frankenberger (Prag), Angeborene Atresie des Kehlkopfes. (Virchows Archiv. Bd. 182. Heft 1.) Nach einer ausführlichen Mitteilung der vier in der Literatur vorhandenen Fälle dieser seltenen Mißbildung teilt F. seinen eigenen mit. Es handelt sich um ein totgeborenes, nicht ausgetragenes Kind einer gesunden Mutter, das sonstige Mißbildungen nicht aufwies. Makroskopisch ist der Kehlkopfeingang wohl gebildet, die Stimmritze ist obliteriert, so daß es nicht möglich ist eine Kommunikation zwischen Kehlkopfeingang und der Trachea zu finden. Diese ist unterhalb des eine solide Platte darstellenden Ringknorpels gut ausgebildet. Zur mikroskopischen Untersuchung wurde der fragliche Teil des Kehlkopfes in eine vordere und hintere Hälfte zerlegt und an Serien untersucht. Es ergab sich, daß der Kehlkopf eingenommen ist von Bindegewebe, in dem sich nur eine seichte, mit kubischem Epithel ausgekleidete Rinne findet. Da intra-

uterine, entzündliche Veränderungen, vor allem Syphilis, anzuschließen sind und der Befund sich mit entwicklungsgeschichtlichen Tatsachen vereinbaren läßt, nimmt F. für seinen Fall, wie es auch in den vier anderen geschah, eine Hemmungsmißbildung an. Erwähnt sei, daß in einem der früheren Fälle die Tracheotomie, allerdings vergeblich, gemacht wurde. Bennecke (Marburg).

Marcel Lermoyez (Paris), La rhinométrie clinique. (La presse médicale. 1905. Nr. 91.) Eine genaue rhinometrische Untersuchung ist für die Beurteilung des Naseninnern von hervorragender Bedeutung, da die rhinoskopischen Befunde zu falschen Schlüssen führen können. Oft glaubt man, auf Grund der rhinoskopischen Untersuchung, ein Hindernis in dem einen Nasengange gefunden zu haben, während die Rhinometrie nachweist, daß gerade der andere Nasengang undurchgängig ist.

Die qualitative Rhinometrie, bestehend darin, daß man die eine Nasenöffnung zudrückt und durch die andere stark ein- und ausatmen läßt, ist einfach, gibt aber unvollkommene Resultate. Viel genauere Aufschlüsse erhält man durch die quantitative Rhinometrie; hierzu wird eine polierte Glasfläche wagrecht, etwa 1 cm unterhalb den Nasenöffnungen gehalten und einige Male durch die Nase auf dieselbe atmen gelassen. Die sich kondensierenden Wasserdämpfe bilden entsprechend jedem Nasenloche zwei feuchte Flecken, welche je nach der Durchgängigkeit der Nasengänge größer oder kleiner sind, ja man kann auf diese Weise auch Aufschlüsse über die Durchgängkeit der olfaktiven und respiratorischen Zone erhalten, nachdem erstere mehr nach vorne und letztere mehr nach hinten ihre Flecken auf die Glasplatte projektiert. Gute Resultate erhält man mit dem von Glatzel angegebenen graduierten Spiegel, noch bessere mit dem Pneumodographen von Courtade. Wird bei letzterem ein speziell präpariertes Papier gleich nach der Untersuchung auf die angehauchte Fläche gedrückt, so bilden sich entsprechend den feuchten Stellen farbige Flecken, so daß man das Untersuchungsresultat auch aufbewahren kann. E. Toff (Braila).

Marc André, Contribution à l'étude des lymphatiques du nez et des fosses nasales. (Thèse de Paris. 1905.) Die interessanten Untersuchungen des Verfs. beruhen auf zahlreichen Präparationen, die er an injizierten Teilen vorgenommen hat. Die verschiedenen Einzelheiten können in einem kurzen Referate nicht wiedergegeben werden, doch sei folgendes, in praktischer Beziehung wichtiges, kurz erwähnt.

Die Lymphgefäße der äußeren Nase bilden ein weitmaschiges Netz, welches sich in mehrere Sammelgefäße ergießt, um dann zu den betreffenden Lymphdrüsen zu gelangen. Dieselben liegen für die Gegend der Nasenwurzel in der Präaurikulargegend, für die andern, am Unterkiefer und an den großen Gefäßen unter dem Sterno-Kleido-Mastoideus.

Zahlreiche Lymphwege weisen die inneren Nasengänge auf, und zwar bildet die Vereinigung derselben zwei Sammelgruppen: eine vordere, welche in das Unterhautzellgewebe gelangt, sich mit den Lymphgefäßen der äußeren Tegumente vereinigt und, in Begleitung

der Gesichtsvene, zu den Unterkieferdrüsen gelangt, und eine hintere Sammelgruppe, deren Lymphgefäße die Tubenmündung umgehen, um dann teilweise sich in retropharyngeale, in der Höhe des ersten Halswirbels gelegene Lymphdrüsen zu ergießen, teilweise zu tiefgelegenen, in der Nähe des großen Zungenbeinhornes und der Karotis befindlichen Drüsen zu gelangen.

Von praktischer Wichtigkeit ist es zu wissen, daß Nasenaffektionen, namentlich solche der oberen Gänge Lymphdrüsen in Mitleidenschaft ziehen können, die an der Schädelbasis gelegen, schwer zugänglich sind und deren Erkrankung in den meisten Fällen nicht beachtet wird.

E. Toff (Braila).

K. Vohsen (Frankfurt a. M.), Die Behandlung des Schnupfens der Säuglinge und kleinen Kinder. Beitrag zur Verhütung der epidemischen Cerebrospinalmeningitis. (Berl. klin. Wochenschrift. 1905. Nr. 40.) Pathologische Zustände der Nase und des Nasenrachenraumes schaffen, wie man jetzt weiß, eine erhöhte Disposition für die Akquisition einer epidemischen Cerebrospinalmeningitis. Eine sorgfältige Behandlung jener Affektionen ist daher durch ausgeboten. V. macht auf eine Methode der Behandlung des Schnupfens bei Säuglingen und kleinen Kindern aufmerksam, die sich in zahlreichen Fällen sehr gut bewährt hat.

V. sagt darüber:

„Die wesentlichste Beschwerde des Schnupfenkranken besteht weniger in der starken Sekretion, als vielmehr in der Schwierigkeit, bei der Verschwellung des obersten Luftweges, das Sekret zu entleeren. Die zweckmäßigste Art der Behandlung des akuten Schnupfens Erwachsener ist darum das Hervorrufen einer Abschwellung der Nasenschleimhaut durch Eintragung einer Lösung von Cocaini 1,0, Paranephrini 2,0, Aq. 20,0, die nach einer halben Minute eine leichte Entleerung des Sekrets ermöglicht und bei einem unkomplizierten Schnupfen von einer sofortigen oft stundenlangen Erleichterung gefolgt ist. Die Lösung wird mit einem erbsengroßen Wattebäuschchen, das um das gerauhte Ende eines Drahtes gewickelt ist, eingetragen. Auch der Laie lernt rasch die untere und mittlere Muschel entlang pinseln; eine zarte Berührung genügt. Ich ziehe das Paranephrin vor, da, bei gleich anämisierender Wirkung, die leicht ätzende Empfindung nicht eintritt, die dem Andrenalin und Suprarenin anhaftet. Bei dieser Behandlung heilen die akuten Schnupfen Erwachsener in wenigen Tagen und verlaufen ohne nennenswerte Beschwerden. Jeder andere Eingriff, Einstäubung von Pulvern, die trotz allen Kampfes dagegen immer wieder angewandte Nasendusche mit ihren verhängnisvollen Folgen für das Mittelohr sind überflüssig, ja schädlich. Eine angenehme Empfindung erzeugt dem Patienten die Eintragung einer Salbe Anästhes. 1,0, Ungt. Cerei rec. par. 20,0, Ol. am. gutt. 5 in den Naseneingang, die das schmerzhafte Gefühl lindert, das mit dem Erythem am Introitus narium verbunden ist und das Eintreten von Fissuren verhindert.

Diese Behandlung würde mit den entsprechenden Modifikationen der Lösung auch bei Kindern genügen, wenn sie sich den wichtigsten damit erzielten Vorteil zu Nutzen machen könnten, d. h. wenn sie

ihre Nase ausschnauben könnten. Das ist aber den Säuglingen gar nicht möglich. Wir müssen darum ein Mittel haben, das Sekret zu entleeren, ohne zu reizenden Eingriffen oder gar den gefährlichen Wasserduschen zu greifen. Dieses Mittel ist die Luftnasendusche: Ein der Nasenöffnung entsprechender Gummischlauch von 25 cm Länge, dessen für die Nasenöffnung bestimmtes Ende zur Markierung schräg abgeschnitten wird, wird in die Nase eingeführt, so daß er nur den Introitus abschließt, und nun mit dem Ballon oder dem Munde unter mittelstarkem Druck die Nase ausgeblasen. Zunächst erfolgt diese Durchblasung ohne vorherige Anwendung der obengenannten Lösung. Es läßt sich auf diese Weise leicht feststellen, ob ein größeres Hindernis die Nase verlegt und welche Seite die weitere ist. Die eigentliche Luftdusche erfolge dann von der engeren Seite aus, ein Grundsatz, der für Nasenduschen jeder Art gilt, um eine Stauung der gewählten Dusche mit ihren Folgen für das Ohr zu vermeiden. Bei Säuglingen und kleineren Kindern wird bei Beginn der Durchblasung fast ausnahmslos durch den Schreiakt das Cavum nach unten fest abgeschlossen. Die Luft entleert sich in kontinuierlichem Strome mit dem Sekret durch die freie Nasenseite. Vor jeder Nahrungsaufnahme wird bei Säuglingen das Vorfahren wiederholt und es ist eine Freude zu sehen, wie rasch das Trinken erleichtert wird und der Zustand der meist sehr erschöpften Kinder in wenig Tagen sich zum Bessern wendet. Bei älteren Kindern war ich nur dann genötigt, von dem Verfahren Gebrauch zu machen, wenn Ungeschick oder Schwäche des Exspirationsaktes eine ausreichende Reinigung der Nase verhinderten."

Das Verfahren kann man ohne Gefahr den Angehörigen anvertrauen. Die nötige Ermahnung, das Schlauchende für die Nase des Kindes zu markieren, damit es nicht in den Mund genommen wird, außerdem den Druck nicht zu stark zu nehmen (weshalb bei Laien der Mund dem Ballon vorzuziehen ist) genügen, um etwaigen Gefahren vorzubeugen.

„Die Einführung der Lösung bei Kindern geschieht durch die Pflegenden so, daß ein erbsengroßes Stückchen damit befeuchteter Watte in den Naseneingang eingelegt und bei zurückgebeugtem Kopfe der Nasenflügel angedrückt wird. Schon die Benetzung mit der kleinen Menge Lösung, die auf diese Weise in die Nase einfließt, genügt meist zur Erzielung des gewünschten Effektes.

Die Lösung rate ich nur dann zu gebrauchen, wenn abnorme Schwellungen dazu nötigen. Der Laie soll im allgemeinen angewiesen werden, die regelmäßigen Durchblasungen ohne weiteres vorzunehmen und die Lösung nur anzuwenden, wenn ein stärkerer Widerstand dazu auffordert, denn trotz der Geringfügigkeit der anempfohlenen Kokain-Paranephrinmenge könnte sie doch bei sehr häufigem Gebrauch schädlich werden."

Grätzer.

R. Sondermann, Die Naseneiterung der Kinder und ihre Behandlung durch Saugen. (Münch. med. Wochenschrift. 1905. Nr. 30.) S. hat mit der von ihm angegebenen Saugmethode auch bei Kindern mit langwierigen Naseneiterungen sehr schöne Erfolge

gesehen. „Das Verfahren besteht darin, daß die Nase durch eine Maske nach außen luftdicht abgeschlossen und aus ihrem Innern mittels eines Saugers Luft abgesaugt wird, während man zugleich durch einen Schluckakt oder Aussprache eines Vokals, am besten eines i, genügenden Luftabschluß der Nase nach dem Rachen herstellt. Hierdurch wird alles, auch in den verborgensten Buchten der Nasenhöhle stagnierende Sekret hervorgesaugt, um entweder direkt nach außen befördert oder doch leicht ausgeschneuzt zu werden; außerdem gelingt es aber auch auf diese Weise, das in erkrankten Nebenhöhlen befindliche Sekret anzusaugen, ein Vorteil, der diagnostisch wie therapeutisch gleich großen Wert besitzt."

S. gibt an, wie man in den verschiedenen Lebensaltern diese Behandlung durchführen kann, und bespricht die Technik im einzelnen. Der Saugapparat wird angefertigt von Kühne, Sievers & Neumann, Köln-Nippes. Preis (für Kinderapparat): Mk. 7,70. Grätzer.

H. Beyer (Berlin), Ein kariöser Schneidezahn spontan aus luetischer Nase entfernt. (Medizin. Klinik. 1905. Nr. 50.) Bei einem 16jährigen Mädchen mit tertiärer Lues hatte letztere kolossale Zerstörungen der Nase bewirkt. Eines Tages wurde in einer durch starkes Schneuzen entfernten großen Borke ein ausgewachsener Zahn bemerkt, der in dem sonst vollständigen Gebiß allein fehlende mediale, linke obere Schneidezahn. Wahrscheinlich ist es, daß der Zahnkeim desselben, infolge der durch die Lues bedingten Entwicklungshemmung in der Gaumenspalte und des daraus resultierenden mangelhaften Schlusses derselben, an den Boden der Nasenhöhle gelangt ist. Möglich wäre es allerdings auch, daß er seinen Weg direkt durch den Canalis incisivus genommen, der durch die Diastase der Oberkieferknochen wohl eine beträchtliche Erweiterung erfahren hatte.

Grätzer.

Lucas, On an ill-developed upper lateral incisor tooth as a forerunner of harelip or cleft palate. (The Brit. Journ. of childrens diseases. 1904. Nr. 11. S. 483.) Auf Grund früherer Beobachtungen ist L. der Ansicht, daß der angeborene Mangel eines oberen seitlichen Schneidezahnes in engerer Beziehung zu der Hasenscharte und dem Wolfsrachen steht, derart, daß an Stelle dieses Mangels in den folgenden Generationen eine oder beide Mißbildungen gleichzeitig auftreten können. Als Beweise führt er zwei neue Beobachtungen an. Schreiber (Göttingen.)

Sophus Bentzen, Beitrag zur Ätiologie des hohen Gaumens. (Fränkels Archiv f. Laryngologie. Bd. 14.) Verf. hat Schädelmessungen ausgeführt, auf Grund deren er zu dem Ergebnis gelangt, daß in der Ätiologie des hohen Gaumens Rachitis und Leptoprosopie keine primäre Rolle spielen. Sie können nur indirekt dazu beitragen, insofern sie die Entstehung von Verbiegungen der Nasenscheidewand begünstigen, welch letztere wiederum als primäre Ursache für das hohe Gaumengewölbe anzusehen sind. Auch der Mundatmung infolge adenoider Vegetationen schreibt Verf. keine ausschlaggebende Bedeutung bei; er sieht in ihr wie in der Septumdeviation nur ein begünstigendes

Moment bei Personen, die durch Erblichkeit oder individuelle Anlage zum hohen Gaumen disponiert sind. F.

Miksa Rosenák und **Ignác Feldmann,** Makroglossia, lingua lobata cum cystis mucosis multilocularibus. (Gyógyászat. 1905. Nr. 6.) Die dreigeteilte, an der Spitze mit drei Zysten durchwucherte, stark vergrößerte Zunge wurde bei einem Säugling beobachtet. Ernö Deutsch (Budapest).

A. F. Hecht, Glossitis und Mediastinitis peracuta bei einem Säugling. (Archiv f. Kinderheilkunde. Bd. 40. Heft 4—6.) 8monatliches, künstlich genährtes Kind mit einer akut verlaufenden Entzündung der Zunge mit Beteiligung der regionären Drüsen, der Gebilde des Mediastinum anticum, einer ganz frischen Pneumonie und einer allgemeinen Staphylokokkeninfektion; Exitus letalis. Den Infektionsmodus erklärt H. folgendermaßen: eine Streptokokkenbronchitis hat zu lobulären Herden in der Lunge, gleichzeitig zur Verbreitung auf dem Lymphwege in das mediastinale Zellengewebe geführt. Gleichzeitig allgemeine Infektion mit Staphylococcus pyogenes albus. Andererseits hat das eitrige bronchiale Sekret im Munde verweilt und bei zu brüsker Mundreinigung und dadurch gesetzten Läsionen zu örtlicher Infektion der Zunge geführt, begünstigt durch die allgemeine Erschöpfung, die nach Kraus für das Zustandekommen einer Glossitis phlegmonosa ein wichtiges prädisponierendes Moment ist. Hecker.

Ernst Deutsch, Die Rigasche Krankheit. (Archiv für Kinderheilkunde. Bd. 40. Heft 1—3.) Die nach dem Italiener Riga benannte, in Italien als „produzione sottolinguale“ geführte Krankheit ist ein auf das Zungenbändchen lokalisiertes Neugebilde, welches gewöhnlich mit einem diphtherischen Belag bedeckt, unabhängig von Pertussis auftritt. Klinisch unterscheidet man eine benigne und eine maligne Form. In beiden Fällen ist es ein auf dem Zungenbändchen reitendes Neoplasma, dessen Größe die eines Zweihellerstückes erreichen kann, nicht schmerzhaft, nicht blutend, und auf dessen Oberfläche „ein gräulicher Belag“ haust. Außer etwas Salivation und und manchmal erschwertem Saugen findet man bei der benignen Form keine begleitenden Symptome; bei der malignen ist allgemeine Kachexie und Alteration des Magendarmtraktus beschrieben. Die Prognose ist bei der benignen Form gut. Dauer der Krankheit 14 Tage bis 20 Monate. Bei der malignen dubiös, nicht selten Exitus letalis. Die Behandlung besteht entweder in Verätzung oder in Exzision, oder in Entfernung des verursachenden Momentes (Zahnextraktion, Ammenwechsel bei schwergehender Brust, künstliche Ernährung).

Verf. fügt die Eigenbeobachtung eines 6 Monate alten Brustkindes mit einer kaffeebohnengroßen grau belegten harten Geschwulst am Zungenbändchen bei (illustriert). Ätzung mit Lapis und Jod erfolglos; 4 Wochen nach Exzision Rezidiv; Heilung erst nach Entfernung eines Schneidezahnes und Durchführung der Ablaktation.

Die histologische Untersuchung ergibt: Hypertrophie der

Submucosa mit papillären Exkreszenzen, welche durch mehrschichtiges kubisches Epithel gedeckt ist, die oberste Schicht verhornt. Ein Teil der Geschwulst der Epitheldecke beraubt, an dieser Stelle kleinzellige Infiltration in der Submucosa. Diagnose: Papillom (illustriert).

Verf. ist der Ansicht, daß die Rigasche Krankheit ein auf mechanischer Basis entstehendes benignes Neoplasma ist, zu dessen Heilung die Entfernung der hervorbringenden Momente am vorteilhaftesten ist. Er bezweifelt den Bestand einer malignen Form, die als zufälliges Zusammentreffen zweier Krankheiten aufzufassen sei.

Hecker.

Plessi, Die sublinguale Geschwulst der Kinder. (Rigasche Krankheit.) (La Pediatria. Dezember 1904.) In den drei Fällen des Verf. handelte es sich nicht um kachektische Kinder; die Affektion ging auch stets in Heilung aus. Der Sitz war nicht, wie gewöhnlich angegeben wird, auf dem Frenulum, sondern an den Seiten desselben und die Geschwulst ist niemals über dieses hinweggegangen. F.

Filippo Pagliari, Über die Prophylaxe und Behandlung des Soor. (Rivista di Clinica Pediatrica. Oktober 1904.) Zur Prophylaxe läßt Verf. bei allen Säuglingen, solange sie in dem Säuglingsheim, das ihm unterstellt ist, sich befinden, täglich einmal die Mundhöhle mit 1%iger Argentumlösung reinigen. Erkrankt eines der Insassen an Soor oder wird ein Säugling bereits an Soor erkrankt eingeliefert, so wird die Mundhöhle 2mal täglich mit 3%iger Argentumlösung gereinigt; diese Behandlung wird kurze Zeit fortgesetzt, wenn anscheinend bereits Heilung eingetreten ist. F.

K. v. Buday, Histologische und bakteriologische Untersuchungen bei gangränösen Erkrankungen des Mundes und des Rachens. (Orvosi hetilap. 1905. Nr. 1.) Zur wissenschaftlichen Aufarbeitung kamen 5 Fälle: 1. Noma faciei bei einem 7 Jahre alten Kind. 2. Stomatopharyngitis gangraenosa bei einem 8 Jahre alten Knaben. 3. Pharyngitis und Gingivitis gangraenosa bei einem 2 Jahre alten Kinde. 4. 9 Jahre altes Mädchen mit einer Stomatitis gangraenosa. 5. Noma faciei et linguae bei einem 14 Jahre alten Knecht.

Das histologische Bild zeigt einen plötzlichen Übergang in dem abgestorbenen Teile, in welchem auch die Färbbarkeit der Kerne plötzlich aufhört. In den oberflächlichen zerfallenen Teilen fanden sich meistens Kokken, diphtherieartige Bazillen, dicke, dem Bacterium coli und Bacterium putrificus coli ähnelnde Bakterien, wenig Spirillen, spindelförmige Bazillen und längere Fäden. In den tieferen Partien waren massenhaft Leptothrixfäden aufzufinden, an der Grenze Spirillen, die beiden Arten mit Bacillus fusiformis vermengt finden sich im Gebiete der schmutziggelben Nekrose.

Verf. erklärt diese Erkrankungen für eine, durch die Symbiose des Bacillus und Spirillum fusiforme hervorgebrachte infektiöse Gangrän. Ernö Deutsch (Budapest).

Wilhelm Eichmeyer, Über Angina ulcero-membranosa Plauti und Stomatitis ulcerosa. (Jahrbuch f. Kinderheilkunde.

Bd. 62. Heft 1.) Die Angina Plauti stellt klinisch-anatomisch einen oberflächlichen, nur das Epithel betreffenden oder einen tiefer greifenden nekrotischen Prozeß dar (sogenannte membranöse und ulzeröse Form), bei dem sich in zweiter Linie auch eine geringe fibrinöse Exsudation nachweisen läßt. Die Membranen bestehen in der Hauptsache aus nekrotischen Gewebsmassen und aus zahllosen, nahezu in Reinkultur vorhandenen fusiformen Bazillen und Spirochäten.

Die Zugehörigkeit der Angina Plauti zur Stomatitis ulcerosa erweist sich einerseits durch die klinisch-anatomische Gleichartigkeit beider Affektionen, andererseits durch den gleichen bakteriologischen Befund. Daß es bei der Stomacace fast ausnahmslos zu einer tiefer greifenden Nekrose kommt, erklärt sich vornehmlich durch den Druck der Zähne auf das Zahnfleisch und die Mundschleimhaut.

Die Angina Plauti tritt meist primär als atypisch lokalisierte ulzeröse Stomatitis auf: zuweilen ist sie jedoch mit einer typischen Stomatitis ulcerosa kombiniert und in einigen Fällen hat man sogar ein Übergreifen des Prozesses von der Mundhöhle auf die Tonsillen beobachten können.

Über die Pathogenese bzw. die bakteriologische Ursache der Angina läßt sich nach den bisherigen Untersuchungen kein sicheres Urteil bilden. Auf die Bedeutung der Symbiose zwischen fusiformen Bazillen und pyogenen Bakterien ist mehrfach hingewiesen. Daß die ersteren aktiv in das Gewebe vordringen können, wird durch pathologisch-anatomische Untersuchungen hinreichend bewiesen. Andererseits finden sich die Bazillen auch bei zahlreichen eitrigen und nekrotischen Prozessen anderer Organe, wobei aber stets ein fötider bzw. gangränöser Charakter vorhanden ist. So viel steht auf Grund dieser Beobachtungen sowie der Kultur- und Tierversuche fest, daß die Fusiformes dem Krankheitsbilde sein charakteristisches Gepräge verleihen. Die Spirochäten stellen lediglich Schmarotzer dar und finden sich in den meisten Fällen gleichzeitig mit dem Fusiformis, ohne daß durch diese Symbiose, wie behauptet worden ist, die tiefer greifende ulzeröse Form bedingt zu sein braucht.

Die auffallende Ähnlichkeit des anatomischen Befundes der nekrotisch-ulzerösen Form mit dem Bilde der Noma, die jauchige bzw. gangränöse Beschaffenheit der Beläge, ferner das Vorkommen derselben und gleichartiger Bakterien (Fusiformes und Spirochäten; ähnliche Nomabazillen) lassen die Vermutung zu, daß es sich bei beiden Affektionen um verwandte Prozesse handelt.

In praxi kommt differentialdiagnostisch der Angina Plauti gegenüber vor allen Dingen die Rachendiphtherie in Frage. Bietet auch das klinische Bild und der mikroskopische Befund der Abstrichpräparate gewisse Anhaltspunkte für die Diagnose, so ist bei der häufigen Vergesellschaftung der beiden Prozesse eine Diphtherie erst dann auszuschließen, wenn trotz mehrfacher Abimpfung nie Diphtheriebazillen gezüchtet worden sind.

Hecker.

Hochhaus (Köln), Über die Behandlung akuter Halsaffektionen mittels Stauungshyperämie. (Die Therapie der Gegen-

Submucosa mit papillären Exkreszenzen, welche durch mehrschichtiges kubisches Epithel gedeckt ist, die oberste Schicht verhornt. Ein Teil der Geschwulst der Epitheldecke beraubt, an dieser Stelle kleinzellige Infiltration in der Submucosa. Diagnose: Papillom (illustriert).

Verf. ist der Ansicht, daß die Rigasche Krankheit ein auf mechanischer Basis entstehendes benignes Neoplasma ist, zu dessen Heilung die Entfernung der hervorbringenden Momente am vorteilhaftesten ist. Er bezweifelt den Bestand einer malignen Form, die als zufälliges Zusammentreffen zweier Krankheiten aufzufassen sei.

Hecker.

Plessi, Die sublinguale Geschwulst der Kinder. (Rigasche Krankheit.) (La Pediatria. Dezember 1904.) In den drei Fällen des Verf. handelte es sich nicht um kachektische Kinder; die Affektion ging auch stets in Heilung aus. Der Sitz war nicht, wie gewöhnlich angegeben wird, auf dem Frenulum, sondern an den Seiten desselben und die Geschwulst ist niemals über dieses hinweggegangen.

F.

Filippo Pagliari, Über die Prophylaxe und Behandlung des Soor. (Rivista di Clinica Pediatrica. Oktober 1904.) Zur Prophylaxe läßt Verf. bei allen Säuglingen, solange sie in dem Säuglingsheim, das ihm unterstellt ist, sich befinden, täglich einmal die Mundhöhle mit 1%iger Argentumlösung reinigen. Erkrankt eines der Insassen an Soor oder wird ein Säugling bereits an Soor erkrankt eingeliefert, so wird die Mundhöhle 2mal täglich mit 3%iger Argentumlösung gereinigt; diese Behandlung wird kurze Zeit fortgesetzt, wenn anscheinend bereits Heilung eingetreten ist.

F.

K. v. Buday, Histologische und bakteriologische Untersuchungen bei gangränösen Erkrankungen des Mundes und des Rachens. (Orvosi hetilap. 1905. Nr. 1.) Zur wissenschaftlichen Aufarbeitung kamen 5 Fälle: 1. Noma faciei bei einem 7 Jahre alten Kind. 2. Stomatopharyngitis gangraenosa bei einem 8 Jahre alten Knaben. 3. Pharyngitis und Gingivitis gangraenosa bei einem 2 Jahre alten Kinde. 4. 9 Jahre altes Mädchen mit einer Stomatitis gangraenosa. 5. Noma faciei et linguae bei einem 14 Jahre alten Knecht.

Das histologische Bild zeigt einen plötzlichen Übergang in dem abgestorbenen Teile, in welchem auch die Färbbarkeit der Kerne plötzlich aufhört. In den oberflächlichen zerfallenen Teilen fanden sich meistens Kokken, diphtherieartige Bazillen, dicke, dem Bacterium coli und Bacterium putrificus coli ähnelnde Bakterien, wenig Spirillen, spindelförmige Bazillen und längere Fäden. In den tieferen Partien waren massenhaft Leptothrixfäden aufzufinden, an der Grenze Spirillen, die beiden Arten mit Bacillus fusiformis vermengt finden sich im Gebiete der schmutziggelben Nekrose.

Verf. erklärt diese Erkrankungen für eine, durch die Symbiose des Bacillus und Spirillum fusiforme hervorgebrachte infektiöse Gangrän.

Ernö Deutsch (Budapest).

Wilhelm Eichmeyer, Über Angina ulcero-membranosa Plauti und Stomatitis ulcerosa. (Jahrbuch f. Kinderheilkunde.

Bd. 62. Heft 1.) Die Angina Plauti stellt klinisch-anatomisch einen oberflächlichen, nur das Epithel betreffenden oder einen tiefer greifenden nekrotischen Prozeß dar (sogenannte membranöse und ulzeröse Form), bei dem sich in zweiter Linie auch eine geringe fibrinöse Exsudation nachweisen läßt. Die Membranen bestehen in der Hauptsache aus nekrotischen Gewebsmassen und aus zahllosen, nahezu in Reinkultur vorhandenen fusiformen Bazillen und Spirochäten.

Die Zugehörigkeit der Angina Plauti zur Stomatitis ulcerosa erweist sich einerseits durch die klinisch-anatomische Gleichartigkeit beider Affektionen, andererseits durch den gleichen bakteriologischen Befund. Daß es bei der Stomacace fast ausnahmslos zu einer tiefer greifenden Nekrose kommt, erklärt sich vornehmlich durch den Druck der Zähne auf das Zahnfleisch und die Mundschleimhaut.

Die Angina Plauti tritt meist primär als atypisch lokalisierte ulzeröse Stomatitis auf: zuweilen ist sie jedoch mit einer typischen Stomatitis ulcerosa kombiniert und in einigen Fällen hat man sogar ein Übergreifen des Prozesses von der Mundhöhle auf die Tonsillen beobachten können.

Über die Pathogenese bzw. die bakteriologische Ursache der Angina läßt sich nach den bisherigen Untersuchungen kein sicheres Urteil bilden. Auf die Bedeutung der Symbiose zwischen fusiformen Bazillen und pyogenen Bakterien ist mehrfach hingewiesen. Daß die ersteren aktiv in das Gewebe vordringen können, wird durch pathologisch-anatomische Untersuchungen hinreichend bewiesen. Andererseits finden sich die Bazillen auch bei zahlreichen eitrigen und nekrotischen Prozessen anderer Organe, wobei aber stets ein fötider bzw. gangränöser Charakter vorhanden ist. So viel steht auf Grund dieser Beobachtungen sowie der Kultur- und Tierversuche fest, daß die Fusiformes dem Krankheitsbilde sein charakteristisches Gepräge verleihen. Die Spirochäten stellen lediglich Schmarotzer dar und finden sich in den meisten Fällen gleichzeitig mit dem Fusiformis, ohne daß durch diese Symbiose, wie behauptet worden ist, die tiefer greifende ulzeröse Form bedingt zu sein braucht.

Die auffallende Ähnlichkeit des anatomischen Befundes der nekrotisch-ulzerösen Form mit dem Bilde der Noma, die jauchige bzw. gangränöse Beschaffenheit der Beläge, ferner das Vorkommen derselben und gleichartiger Bakterien (Fusiformes und Spirochäten; ähnliche Nomabazillen) lassen die Vermutung zu, daß es sich bei beiden Affektionen um verwandte Prozesse handelt.

In praxi kommt differentialdiagnostisch der Angina Plauti gegenüber vor allen Dingen die Rachendiphtherie in Frage. Bietet auch das klinische Bild und der mikroskopische Befund der Abstrichpräparate gewisse Anhaltspunkte für die Diagnose, so ist bei der häufigen Vergesellschaftung der beiden Prozesse eine Diphtherie erst dann auszuschließen, wenn trotz mehrfacher Abimpfung nie Diphtheriebazillen gezüchtet worden sind.

Hecker.

Hochhaus (Köln), Über die Behandlung akuter Halsaffektionen mittels Stauungshyperämie. (Die Therapie der Gegen-

wart. Oktober 1905.) H. bediente sich der schon von Bier angegebenen Technik. Man nimmt am besten ein 2—3 cm breites Band aus Gummistoff, wie es zu Hosenträgern gebraucht wird; das eine Ende versieht man mit einem Haken, das andere mit mehreren Ösen, die in verschiedener Entfernung angebracht sind, damit die Schnürung nach Bedarf enger und weiter gemacht werden kann. Die ersten Stunden lege man die Binde um den Hals nur locker an, und erst wenn Gewöhnung eingetreten ist, ziehe man sie stark an, daß ein mäßiger Grad von Stauung entsteht. H. hat die Binde dann, mit nur geringen Unterbrechungen, Tag und Nacht liegen lassen, was auch bei der größten Zahl der Pat. sehr gut möglich war. Kinder ertrugen die Stauung auffallend besser, als Erwachsene. Es gehört freilich Übung dazu, bei einzelnen Pat. den richtigen Grad von Stauung zu treffen.

Behandelt wurden so 36 Fälle von Diphtherie, meist mittleren Grades, aber auch sehr schwere Fälle (ausgeschlossen waren natürlich alle Pat. mit Kehlkopfstenose). Nur ein Todesfall (4 jähr. Kind mit Herzschwäche eingebracht). Bei den übrigen gingen die örtlichen Erscheinungen auffallend rasch zurück, Komplikationen stellten sich höchst selten ein. Bei den meisten Fällen wurde auch Serum eingespritzt, aber die mit Serum und Stauung behandelten nahmen einen weit rascheren Verlauf, als die bloß mit Serum behandelten.

Auch eine Anzahl Fälle von einfachen Anginen und von Gesichtserysipel (meist Erwachsenen) wurden mit Stauung behandelt. Bei den Anginen wurden zwar die subjektiven Beschwerden rasch gemildert, der Krankheitsprozeß objektiv nicht in dem Grade, wie bei Diphtherie. Bei den Erysipelen übte die Stauung einen recht günstigen Einfluß aus.

Grätzer.

Ernest Giorelli et **Antoine Brinda** (Turin), L'emploi du sérum antidiphtérique dans le traitement des stomatites et des vulvo-vaginites de l'enfance. (Arch. de médecine les enf. 1905. Nr. 12.) Die Verfasser haben in mehreren Fällen von aphtöser und ulzeröser Stomatitis, sowie auch in anderen von Vulvo-vaginitis bei Kindern Einspritzungen von antidiphterischem Serum in Anwendung gezogen und sind mit den erzielten Resultaten durchgehends sehr zufrieden, dies um so mehr, als diese Behandlungsmethode keinerlei nachteilige Folgen auf die kleinen Patienten ausgeübt hat.

In beiden erwähnten Krankheiten handelt es sich nicht um Löfflersche Bazillen, von einer spezifischen Einwirkung des Diphtherieserums kann also nicht die Rede sein. Die guten Erfolge dieser Serumeinspritzungen scheinen also darauf zu beruhen, daß durch dieselben die natürliche Heilungskraft des Organismus erweckt und eine rasche, spontane Heilung bewirkt wird. Diese Versuche wären also einer weiteren Prüfung zu unterziehen.

E. Toff (Braila.)

J. Feillard, De l'argent colloidal et de son emploi dans le traitement des angines avec adénopathies. (Thèse de Paris. 1904.) Verf. hat das kolloidale Silber oder Kollargol in 17 Fällen von Anginen mit Schwellung der Drüsen angewendet und gute Resultate erzielt. Er benutzte meist von einer 15 % igen Salbe 1—2 g,

je nach dem Alter des Kindes, und ließ dieselbe gründlich, 10 bis 15 Minuten lang, auf die Retro- und Submaxillargegend einreiben. Namentlich in den auf Streptokokken- und Staphylokokkeninfektion beruhenden Anginen erzielt man rasches Verschwinden der Drüsenschwellung, Abfall des Fiebers und Verbesserung des Allgemeinzustandes. Auch in Fällen von diphtheritischer Angina vermindert das Kollargol die Adenopathie.

E. Toff (Braila).

K. Gerson, Zur Behandlung der Angina lacunaris. (Mediz. Klinik. 1905. Nr. 36.) G. teilt ein einfaches Verfahren mit, das ihm sehr gute Dienste geleistet hat. Eine gewöhnliche Hohlsonde setzt man mit nach oben gerichteter Hohlrinne auf einen weißen Punkt der Tonsille, welcher einen Ausführungsgang der Lakune und des lakunären Pfropfes kennzeichnet, und schiebt die Sonde langsam in den lakunären Gang vor. Während man mit der Sonde vordringt, entleert sich aus der Lakune eine mehr oder minder dickflüssige, zähe Masse, die man in der Hohlrinne auffängt. Nach Entfernung des Inhalts sieht man die leere Öffnung des Lakunenkanals vor sich, der sich aber oft bis zum nächsten Tage mit dünnflüssigem Sekrete teilweise wieder füllt. Eine wiederholte Sondierung schafft diesen geringen Nachschub des Sekretes leicht heraus. Handelt es sich um alte Pfröpfe, so kommt bei der Sondierung der Inhalt der Lakune als fester, oft über 1 cm langer, weißlicher Zylinder zum Vorschein. Hat man alle sichtbaren Lakunen so durch Sondierung entleert, so sind Schwellung wie Rötung der Tonsille und auch die subjektiven Beschwerden meist schon am nächsten Tage verschwunden. Ist das nicht der Fall, so bestehen noch mit dem bloßem Auge unsichtbare, gefüllte Lakunen, die man, indem die Tonsille durch den ausgezeichneten Hartmannschen Mandelquetscher von allen Seiten massiert wird, gleichfalls entleert.

Auch in bezug auf die Differentialdiagnose dürfte das Sondierungsverfahren in zweifelhaften Fällen von Nutzen sein, z. B. in solchen, wo man anfangs schwankt, ob eine Angina lacunaris oder diphtheritica vorliegt. Gelingt es nach Abwischen der Sekretflächen die Lakunen zu sondieren und zu entleeren, so schwinden die weißen Flächen, Entzündung und Schmerzen lassen rasch nach, wenn es sich um Angina lacunaris handelt, während bei der Diphtherie eine so prompte Beseitigung der lokalen und Allgemeinerscheinungen durch jenes Verfahren nicht möglich ist.

Grätzer.

Cotterill, Parotitis of abdominal origin. (Scott. Med. and surg. Journ. Vol. 16. Nr. 6. S. 508.) Der Zusammenhang von Parotitis und Erkrankungen der Bauchorgane ist noch nicht völlig klargestellt. C. berichtet über 5 Fälle von Abdominalerkrankungen, die mit Parotitis kompliziert waren. Darunter befanden sich zwei Mädchen im Alter von je 8 Jahren, von denen die eine einen tuberkulösen Abszeß im Peritonealraum hatte, neben einer Karies der Wirbelsäule, die andere eine zirkumskripte Peritonitis mit Abszeßbildung.

Schreiber (Göttingen).

Mathilde de Biehler (Varsovie), Angine et Appendicite. (Archives de méd. des enf. 1905. Nr. 8.) Aus den von der Verfasserin

mitgeteilten zwei Fällen würde eine Beziehung zwischen Angina und Appendizitis zu entnehmen sein.

In dem einen dieser Fälle handelte es sich um ein 7jähriges Mädchen mit Angina follicularis und 38—39° Temperatur, welche durch zwei Tage anhielt. Dann besserte sich der Zustand, doch nach wenigen Tagen stieg die Temperatur wieder auf 39° und es entwickelte sich das klassische Bild einer Appendicitis, welche nach 5 Wochen in Heilung überging. Während dieser Zeit waren durch einige Tage die Mandeln wieder entzündet und es bestanden empfindliche Halsschmerzen.

In zweiten Falle handelt es sich um einen 9jährigen Knaben, welcher jedesmal, im Verlaufe einer Halsentzündung, Schmerzen in der rechten Fossa iliaca empfand; die Schmerzen traten in Verbindung mit Verstopfung auf, doch dauerte der ganze Zustand nicht mehr als 3—4 Tage. Das letzte Mal waren die Mandeln stark geschwellt und hatten einen graugelben Belag, in welchem Streptokokken gefunden wurden. Am Abend war die Körperwärme auf 39,9° gestiegen und es entwickelte sich, unter heftigen Schmerzen, das vollständige Bild einer Blinddarmentzündung, welche 2 Wochen andauerte und ebenfalls in Heilung überging.

Die Verfasserin frägt sich, ob diese Erscheinungen an Tonsillen und Appendix nur zufällig gleichzeitig auftraten, ob dieselben der Ausdruck einer gleichzeitigen Infektion, oder ob die Tonsillen die Eingangspforte für die sich später am Wurmfortsatze lokalisierenden Mikroorganismen abgegeben haben. E. Toff (Braila).

C. Granfelt (Melle), Des vomissements périodiques chez les enfants et de leurs rélations avec l'appendicite. (Thèse de Paris. 1905.) Die Frage des Zusammenhanges zyklischer Brechanfälle mit Entzündungen des Wurmfortsatzes ist noch nicht vollständig klargelegt, auch wird ein solcher Zusammenhang von manchen vollständig geleugnet. Comby ist ein Hauptverfechter der Anschauung, daß viele Fälle von Appendicitis durch zyklisches Erbrechen in Erscheinung treten, und auch G. selbst konnte 14 Fälle aus verschiedenen Krankenhausabteilungen zusammentragen, wo ein solcher Zusammenhang nachgewiesen wird. Durch genaue Untersuchung konnte die Diagnose gestellt und durch die vorgenommene Operation bestätigt werden. E. Toff (Braila).

H. Alapy, Die Frühoperation bei Appendicitis. (Archiv f. Kinderheilkunde. Bd. 39. Heft 4—6.) Eine kritische sorgfältige Arbeit, aus eigenen Erfahrungen hervorgegangen, deren Lektüre jedem Arzt empfohlen sei. A. ist, was die Appendicitis im Kindesalter anlangt, radikaler Frühoperateur und stellt sich damit in Gegensatz zu den meisten Autoren. Er hält die Appendicitis im Kindesalter für eine viel schwerere Erkrankung als in späteren Jahren und verwirft die Auffassung, daß beim Kind die Neigung zur Spontanheilung größer sei als beim Erwachsenen. Im Gegenteil habe in zweifelhaften Fällen das jugendliche Alter des Pat. den Entschluß nach der Richtung der Operation hin zu beeinflussen. Am meisten wird das Leben der Appendicitiskinder gefährdet durch die diffuse septische Peritonitis,

die mit und ohne Operation eine recht schlechte Prognose gibt. Gefährlich sind ferner jene zwei Formen der Sepsis, bei deren einer die Infektion sich entlang den Lymphbahnen, bezw. Blutbahnen weiter verbreitet, und deren andere sich im Auftreten multipler Abszesse im Abdomen äußert. Eine ebenso schlimme Komplikation bildet der Darmverschluß durch Verwachsungen, die in den nächsten Wochen nach dem Anfall, manchmal aber auch ohne Anfall schleichend zustande kommen können. Der tückische Charakter der kindlichen Appendicitis zeigt sich in der großen Anzahl der Todesfälle, welche mit einer Operation in gar keinem Zusammenhang stehen und nur durch die Schwere der Affektion bedingt sind (18 $^0/_0$).

Sowohl der Anfall selbst, wie auch die Krankheit an sich geben wenig günstige Aussichten auf radikale Spontanheilung. Gewiß heilt ein Teil der Fälle von selbst aus, und zwar nicht nur eine im Innern des Fortsatzes sich abspielende Entzündung, sondern auch Fälle, die mit Perforation und Abszeßbildung einhergehen durch Resorption des Abszesses oder Entleerung auf irgendeinem Weg. Fälle, die zwar kein eigentliches Anfallrezidiv mehr bekommen, wohl aber gewisse chronische Beschwerden zeigen, dürfen nicht für geheilt gelten. Solche Beschwerden sind: Neigung zu Durchfall oder hartnäckige Verstopfung bei schlechtem Appetit, häufige kolikartige Leibschmerzen mit oder ohne Übelkeit und Erbrechen; bei stärkeren Körperbewegungen auftretende Leibschmerzen.

Aus dieser ungünstigen Prognose der Krankheit im Kindesalter ergibt sich schon spekulativ die Schlußfolgerung, daß die abwartende Behandlung nicht ganz berechtigt ist, daß man häufiger versuchen müßte, auf einem andern, nämlich dem operativen Wege, die Gefahr zu beseitigen, vorausgesetzt natürlich, daß dieser Weg weniger gefahrlos ist als die zuwartende Behandlung.

Hinsichtlich der Operation im Anfall plädiert Alapy für Vereinfachung der Methoden und begnügt sich im allgemeinen mit der Entleerung des Eiters. Nur zwei Befunde veranlassen ihn strikte dazu, den Appendix sofort im Anfall aufzusuchen und zu exstirpieren, selbst auf Kosten einer gewissen Gefahr, d. i. 1. wenn man nach der Bloßlegung des entzündlichen Tumors nirgends in eine ausgesprochene Abszeßhöhle gelangt, sondern der Eiter von allen Seiten zwischen den Verwachsungen hervorsickert, ebenso wenn der Wurmfortsatz auf der medialen Seite zwischen Dünndarmschlingen liegt. 2. Bei Bestehen eines Strangulationsileus; man wird dann die Strangulation meistens in unmittelbarer Nähe des Appendix auffinden und nur durch Loslösung des Fortsatzes aus seinen Verwachsungen eine klare Übersicht gewinnen. Nach jeder Abszeßeröffnung, bei der nicht auch der Appendix entfernt wurde, ist die nachträgliche radikale Operation unbedingt zu empfehlen.

Zu seinen radikalen Ansichten wurde Verf. durch folgende Tatsachen geführt: die Quelle beinahe sämtlicher gefahrvoller, auch tödlicher Komplikationen liegt in dem Auftreten der Abszeßbildung. — Nur die Frühoperation vermag dieser Abszeßbildung vorzubeugen. — Die amerikanischen und französischen Chirurgen operieren bereits seit Jahren jeden einigermaßen schwereren Anfall in den ersten Stunden mit

dem glänzenden Resultat, daß sie nur 1—2%, manche sogar nur ½% ihrer Kranken verlieren. — Nach einer frühzeitigen Entfernung des Wurmfortsatzes vermag die Bauchhöhle selbst eine bereits bestehende Infektion zu überwinden, sofern nur die Quelle weiterer Infektion verstopft ist; man kann unter solchen Umständen nach Entfernung des Wurmfortsatzes die Bauchwunde gänzlich vernähen.

Während die Frühoperation auch bei ihren Gegnern nicht als eigentlich gefährlich mehr gilt, hält man sie doch vielfach für überflüssig, indem etwa 70%, die auch ohne Operation zur Heilung kommen, den Gefahren der Operation ausgesetzt würden. Dem hält Alapy entgegen, daß annähernd die Hälfte der Anfälle so mild auftritt, daß bei diesen eine Operation weder zu Beginn des Anfalls, noch später, noch überhaupt zur Sprache kommen kann, und er bemerkt ferner ganz richtig: „Auf der einen Seite die sogen. konservative Behandlung, welche 70 Patienten die Operation erspart und heilt, hingegen einen großen Teil der übrigen unrettbar verliert; auf der andern Seite jenes Verfahren, bei welchem jeder schwere Fall schon in den ersten Stunden einer gefahrlosen Operation unterworfen wird, durch welche, mit Ausnahme eines verschwindend kleinen Bruchteiles, jeder Kranke gerettet wird.“

Zur Diagnose des akuten Anfalles der Appendicitis verfügen wir über drei kardinale Symptome, welche einzeln nicht viel Bedeutung besitzen, zusammengenommen aber die Diagnose in der überwiegenden Mehrzahl der Fälle vollkommen sichern. Dazu sind: 1. der spontane plötzlich auftretende heftige Leibschmerz, der sich anfangs auch in andern Gegenden des Leibes lokalisieren kann; 2. die Druckempfindlichkeit des Unterleibes. Hierbei soll man nicht in der gewohnten Weise mit der ganzen Hand oder mit flach aufgelegten Fingern palpieren, sondern mit der Spitze eines Fingers langsam, aber möglichst tief eindrücken, womöglich unter den äußeren Rand des rechtsseitigen geraden Bauchmuskels, unter stetem Vergleichen mit der andern Seite. Konstant wird der Appendix auch am Punkte der größten Empfindlichkeit aufgefunden. Pathognomisch ist, wenn der spontane Schmerz an andern Gegenden des Leibes empfunden wird, der Druckschmerz hingegen in der Gegend des Blinddarms am ausgeprägtesten ist. 3. Die Rigidität der Muskeln der rechten Unterbauchgegend. Hier wird mit der ganzen Hand unter sehr sanftem Druck palpiert. Auf diese Weise kann in 90% sämtlicher Fälle die Diagnose schon in den ersten Stunden des Anfalles mit voller Bestimmtheit gemacht werden. Gewisse Symptome deuten darauf hin, daß der Anfall wahrscheinlich einen schweren Verlauf nehmen wird, z. B. Schüttelfrost, sehr hohes Fieber, Schweiß, schlechter frequenter Puls, andauerndes Erbrechen, krankes Aussehen usw.

Bei Behandlung der leichten Fälle beschränkt sich Alapy auf Eisumschläge, einen Einlauf und eine Morphiuminjektion, warnt aber vor der schablonenhaft fortgesetzten Darreichung von Opium. Bei rezidivierenden Fällen hält Alapy die Indikation zum Eingriffe bei Kindern für eine absolute. Im akuten Anfall gibt es für ihn nur eine richtige Indikation zum Eingriffe, nämlich die sichere Konstatierung, daß eine akute schwere Appendicitis besteht. Hecker.

Lycklama à Nyeholt, Nabehandeling na Apendicitis (Nachbehandlung nach Appendicitis). (Ned. Tydsch. v. Geneesk. 1905. Bd. II. S. 575.) L. fordert bei der Nachbehandlung der Appendicitisoperation eine vollständige Bettruhe von 14 Tagen. Es sei nicht gestattet, Pat. vor dieser Zeit aufstehen zu lassen. Er habe nämlich beobachtet, daß nach der Appendektomie 8—14 Tage lang die Rektumtemperatur konstant etwas erhöht ist. Diese Erhöhung der Temperatur war nur durch Messung im Rectum bemerkbar; die Temperatur in der Achselhöhle war in diesen Fällen nicht höher als 36,8° C.

Graanboom (Amsterdam).

Mc. Kenzie, Appendicitis in a child discovered by rectal examination. (British Journ. of Childrens diseases. 1904. S. 542.) Mc. Kenzie bringt zum Beweise für die Bedeutung der Digitaluntersuchung des Rektums bei Kindern die Krankengeschichte eines 4jährigen Knaben, der an Störungen des Verdauungskanals litt, bei welchem aber äußerlich nichts nachweisbar war. Eine Untersuchung per rectum ergab eine Appendicitis, die dann auch mit Erfolg operiert wurde.

Schreiber (Göttingen).

Carpenter, Never forget to make a rectal examination in a child: the practical aspects of bimanual examination in pelvic and abdominal affections of childhood. (British Journ. of Childrens Diseases. Vol. II. Nr. 5. S. 193.) C. betont die Wichtigkeit der Rektal- bezw. Bimanualuntersuchung bei Kindern und bringt als Beleg für seine Anschauung eine Reihe interessanter Krankengeschichten.

Schreiber (Göttingen).

Pachnio (Königsberg), Über Dauerresultate der Colopexie bei hochgradigem Rektumprolaps. (Bruns Beiträge zur klin. Chirurgie. Bd. 45. Heft 2.) Zusammenfassende Arbeit über 58 bisher in der Literatur veröffentlichte, sowie 12 in der Königsberger chirurg. Klinik beobachtete Fälle. Darnach berechnet Verf., daß in 59 % der Fälle Rezidive eintreten, kein allzu günstiges Resultat. Von Interesse ist dabei jedoch, daß Kinder und auch teilweise jugendliche Individuen nach dieser Statistik nur geringe Neigung zur Rezidivierung des Prolapses haben.

Vulpius-Ottendorf (Heidelberg).

J. Comby (Paris), Hémorrhoïdes chez les enfants. (Archives de méd. des enfants. Nr. 11. 1904). Hämorrhoiden im Kindesalter sind nicht so selten als man gemeinhin anzunehmen geneigt wäre. Houzel konnte in seiner Inauguraldissertation (Paris, Juli 1903) 15 Fälle sammeln, und dürften sich die Beobachtungen mehren, nachdem die Aufmerksamkeit auf die Krankheit hingelenkt worden ist. C. hat fünf Fälle bei Kindern im Alter von 2, 2 $^1/_2$, 3, 3 $^1/_2$ und 15 Jahren beobachtet, doch kann die Krankheit auch bei Neugeborenen beobachtet werden und selbst angeboren sein. Fast immer ist eine vererbte Anlage im Spiele, und findet man bei den Eltern Hämorrhoiden und andere Manifestationen der arthritischen Diathese (Gicht, Asthma, Diabetes, Migräne, Harnsteine usw.).

Gerade so wie bei Erwachsenen bilden auch bei Kindern anale Blutungen eines der Hauptsymptome innerer Hämorrhoiden. In

manchen Fällen können auch Blutgerinnsel entleert werden. Mitunter bleiben die Hämorrhoiden latent und werden nur durch die rektale Untersuchung gefunden, um erst im spätern Alter in Erscheinung zu treten. Äußere Hämorrhoiden haben auch im Kindesalter dasselbe Aussehen wie bei Erwachsenen, doch ist ihr Volumen selten ein großes.

Die Prognose der kindlichen Hämorrhoiden bietet an sich nichts Gefährliches, da sie meist gut vertragen werden, doch werden dieselben mit fortschreitendem Alter größer, so daß endlich doch eine chirurgische Entfernung notwendig wird.

Therapeutisch sind kalte Klysmen, Suppositorien mit Extrakt. Ratanhiae und Betupfungen mit Adrenalinlösung $^1/_{1000}$ zu empfehlen.

E. Toff (Braila).

Klein (Berlin), Zur radikalen Behandlung des Pruritus ani. (Die Therapie der Gegenwart. November 1905.) 12 jähriges Mädchen leidet seit 4 Jahren an Afterjucken, gegen das die üblichen Mittel machtlos waren. Schlechtgenährtes, anämisches, sehr reizbares Kind. Analgegend zeigt im Umkreise eines Kleinhandtellers eine etwa 2 mm betragende Hautverdickung. Haut von Kratzeffekten durchsetzt, oberflächlich mazeriert, Farbe wie syphilitische Papeln dieser Gegend. Diese Charaktere setzen sich 2—3 cm in die Afterschleimhaut fort. After klafft leicht.

Therapie: In Narkose energische Kauterisation der affizierten Stellen einschließlich der Analschleimhaut mit flachem Paquelin. Völlige Heilung ohne wesentliche Narbenbildung. Nachbehandlung (Kamillensitzbäder und Lanolincrême) 4 Wochen.

Grätzer.

B. Salge, Über den Durchtritt von Antitoxin durch die Darmwand des menschlichen Säuglings. (Jahrb. für Kinderheilk. Bd. 60. Heft 1.) Behring fußte seinerzeit bei seiner Tuberkuloseentstehungstheorie auf den Versuchen Römers, welcher eine vermehrte Durchlässigkeit des Darmes junger Tiere für Antitoxin angenommen hatte. Weiterhin konnte Escherich bei Kindern, denen er Diphtherieheilserum verfütterte, dieses im Blute nachweisen. Salge untersuchte nun, ob beim Neugeborenen, bezw. jungen Säugling ein Durchtritt von Diphtherieantitoxin durch den Darm nach Verfütterung von Heilserum nachweisbar sei. Er bediente sich folgender Methode von Marx:

Es wird von einem Diphtherietestgift durch eine Reihe von Versuchen festgestellt, welche Dosis eben noch ein deutliches Ödem an der Injektionsstelle nach 2 Tagen erkennen läßt, bei Meerschweinchen von 250 g Gewicht. Ferner wird festgestellt, welche Menge Antitoxin, das 24 Stunden in Berührung mit der betreffenden Giftdosis war, genügt, um die Entstehung des Ödems zu verhüten und die Injektionsstellen „glatt" erscheinen zu lassen.

Aus den Versuchen ergab sich, daß Antitoxin in irgendwie nachweisbarer Menge durch den Darm des Säuglings, auch des sehr jungen, nicht ins Blut übertritt, solange es in Form des Pferdeserums eingeführt wird. Wohl aber findet ein Übertritt statt, wenn es als integrierender Bestandteil der Menschenmilch in den Körper des Kindes gelangt. Das zeigte schon der von Salge wiederholte Ehrlichsche Ammentauschversuch: das Kind einer Amme, das nur $^1/_{48}$ Normalserum aufwies, wurde einer andern Amme zugeführt, deren Kind ein $^1/_{12}$ Nor-

malserum (also ein viel stärkeres) besaß. Nach 10 Tagen verdoppelte sich durch die Ernährung an dieser Amme die antitoxische Kraft von $^1/_{48}$ auf $^1/_{24}$ Normalserum. Auch durch passive Immunisierung der Amme gelang es, das Antitoxin im Blute des Säuglings zu erhöhen. Salge versucht folgende Erklärung: „Die mit den dem Säugling homologen Eiweißsubstanzen (Albumin) der Frauenmilch eingeführten Immunstoffe kommen dem Kinde zugute, die mit dem heterologen Serum des Pferdes eingeführten Antitoxine passieren nicht unverändert die Darmwand und kommen deshalb dem Kinde nicht zugute. Hecker.

N. Stoppato, Über homologe und heterologe Seroreaktion des B. coli commune. (La Pediatria. Januar 1905.) Eine der unter V. Tedeschis Leitung zur Nachprüfung und Ergänzung der Behringschen Arbeit über „Säuglingsmilch und Säuglingssterblichkeit" unternommenen Arbeiten.

Das B. coli wurde mittels Agarkulturen gewonnen aus den Fäzes von Erwachsenen, von Säuglingen, die entweder mit Muttermilch oder mit gekochter Kuhmilch ernährt wurden, oder aus den Fäzes von Kälbern oder Kühen; alle waren in normalen Bedingungen.

Aus den verschiedenen Versuchsreihen des Verf.s hat sich ergeben, daß eine mehr positive spezifische Seroreaktion für das B. coli fehlt und daß die negative Seroreaktion spärlich und labil ist, so daß man rationellerweise zu dem Schluß kommt, daß im normalen Serum das Agglutinationsvermögen, da es gegenüber dem B. coli nicht spezifisch ist, die Entwicklung des normalen B. coli commune nicht zu verhindern, sondern nur vorübergehend aufzuhalten imstande ist. Nach unsern Kenntnissen vom Übergang immunisierender und agglutinierender Elemente aus dem Blut in die Milch beim Menschen und Tiere, scheint es nicht unangebracht, jene Folgerungen auf die Laktoreaktion gegen das B. coli zu übertragen. F.

Sorgente, Cystitis durch B. coli bei einem 28 Monate alten Mädchen. (La Pediatria. Dezember 1904.) Es handelte sich um ein kräftiges Kind; von seiten des Intestinum bestanden keinerlei Symptome. Im Urin fanden sich reichlich Harnsäurekristalle und amorphe Urate; die Urinentleerungen waren sehr spärlich (1—2 mal in 24 Stunden). Wie Impfversuche mit dem isolierten Mikroorganismus ergaben, erwies sich dieser als virulent. Es wurde Heilung erzielt mit Decoct. fol. uvae ursi und Urotropin. F.

Gottfried Hüsler, Beiträge zur Lehre von den Harnblasengeschwülsten im Kindesalter. (Jahrb. f. Kinderheilk. Bd. 62. Heft 2.) Der erste Fall betraf einen $1^1/_2$ jährigen Knaben, der unter den Symptomen einer Cystitis zugrunde ging. Post mortem fand sich unten an der innern Wand der Blase ein relativ voluminöser Tumor, von dem sich ein zapfenförmiger Fortsatz bis in die Pars prostatica der Urethra herabsenkte. Histologisch handelte es sich um ein Fibroma oedematosum myo-enchondromatosum. Es ist der erste Fall, in welchem in einer Geschwulst der kindlichen Blase Knorpeleinschlüsse nachgewiesen wurden. Der zweite Fall war ein 7 jähriger Knabe, bei dem die klinische Diagnose gestellt wurde auf: Retentio urinae, Cystitis

et Nephritis, Perforation in den Darm, Myxom der Blase? Die Sektion zeigte die Höhlung der Blase eingenommen von einem traubenförmigen papillären Tumor von 8 : 5 cm Ausdehnung. Histologisch war es ein Fibro-Rhabdomyom, wobei der charakteristische Bestandteil sich aus jugendlichen Formen von Muskelelementen und zwar quergestreiften Muskeln zusammensetzte. Zur Pathologie der Blasengeschwülste bemerkt Verf., daß als Prädilektionssitz guter wie bösartiger Neubildungen in der Blase die Gegend des Blasenhalses, das Trigonum Lieutaudii sich ergibt. Dabei kommen Verstopfungen der Harnröhre vor, bei den gutartigen im ganzen häufiger. Die Tumoren haben wenig Neigung zur Ulzeration, Nekrose oder Blutungen aus dem Tumorgewebe. Die Blase im ganzen zeigt sich in allen Fällen in Mitleidenschaft gezogen und zwar gewöhnlich durch enorme muskuläre Verdickung der Blasenwände und durch Dilatation. Stets findet sich Cystitis. Die Uretherenmündungen sind häufig verlegt; die Folge davon sind Hydronephrosen. Klinisch ist hervorzuheben, daß die Entwicklung der Neoplasmen bei Kindern in den ersten Stadien ganz symptomlos verläuft und erst dann in die Erscheinung tritt, wenn die Geschwulst groß genug geworden ist, um die Harnröhre genz oder teilweise zu verlegen. Unter den Symptomen sind zu nennen: plötzliche Harnbeschwerden ohne Prodrom, Harndrang, Harnträufeln, Inkontinenz oder auch Retentio urinae. Die entleerte Urinmenge ist im Gegensatze zu der meist großen Ausdehnung der Blase auffallend gering, selbst beim Katheterismus, der beinahe immer vorgenommen werden muß. Die Prognose ist schlecht, der Verlauf ist nach Auftreten der ersten eigentümlichen Erscheinungen ein schneller, wenige Wochen dauernd.

Hecker.

Morton, Valvular obstruction in the urethra of an infant, with secondary changes in the urinary organs. (The Brit. Journ. of childrens diseases. 1904. Nr. 11. S. 500.) Der 13 jährige Knabe wurde wegen der Erscheinungen einer Urinverhaltung, Cystitis und Pyelitis im Kinderhospital beobachtet. Bei der Autopsie fand sich eine dilatierte und stark hypertrophische Blase, die Ureteren waren bis zur Dicke eines Dünndarms erweitert, an beiden Nieren bestand Hydronephrose. Die Blasenschleimhaut war mit Blut und Eiter bedeckt, ebenso wie die Nierenbeckenschleimhaut. Dicht hinter der Blasenschleimhaut hing in der Harnröhre eine nach hinten gerichtete faltenartige Klappe herab, die zwar die Entleerung des Urins hinderte, nicht aber das Katheterisieren.

Schreiber (Göttingen).

L. Langstein, Paroxysmale Hämoglobinurie und Hämaturie im Kindesalter. (Aus der Univers.-Kinderpoliklinik der Kgl. Charité in Berlin.) (Mediz. Klinik. 15. Okt. 1905.) Drei Beobachtungen, von denen zwei paroxysmale Hämoglobinurie betrafen. Es handelte sich das eine Mal um einen 4 jährigen Knaben, der sich vor einem Jahre durch Barfußlaufen im Schnee erkältet hatte und damals den ersten Anfall bekam, dem dann bei jeder Erkältung, bei jedem Witterungsumschlag weitere Anfälle nachfolgten. Der zweite Fall betraf ein $2^3/_4$ jähriges Kind, das ebenfalls seit etwa einem Jahre bei Witterungsumschlag einen Anfall bekommt. Die Anfälle boten im allge-

meinen keine Abweichung von dem bekannten Krankheitsbilde der paroxysmalen Hämoglobinurie, um die es sich in beiden Fällen handelte. Als ätiologisches Moment war für den ersten Fall Lues hereditaria erwiesen, für den zweiten mindestens wahrscheinlich.

Das dritte Kind, 10 Jahre alt, bekam schon als Säugling intensive Blutungen aus dem Zungenbändchen, später bei jedem geringen Trauma schwere Blutungen aus Unterhautzellgewebe, nach einer Zahnextraktion eine 6 tägige Blutung, ferner aus einer kleinen Schnittwunde eine kolossale Blutung. Im Alter von 4 Jahren entleerte es zum ersten Male blutigen Harn, später noch dreimal ebenso, angeblich ohne veranlassendes äußeres Moment. Der Harnbefund zeigte als Quelle der paroyxsmalen Hämaturie die Nieren an. Tuberkulose, Neubildungen, Steine waren ätiologisch auszuschließen. Die Anamnese wies aber entschieden darauf hin, daß die Nierenblutungen der Ausdruck einer hämophilen Diathese waren. Der Fall hatte eine gewisse Verwandtschaft mit jenem Krankheitsbilde, das Senator als „renale Hämophilie" bezeichnete, dadurch charakterisiert, daß als einziges Symptom einer hämophilen Diathese Nierenblutungen auftreten. Bemerkenswert war aber an dem Falle, daß in der Familie des Kindes sich keine Bluter befanden. Grätzer.

A. Monsseaux (Vittel), Troubles de la miction chez l'enfant par gravelle sablonneuse et hyperacidité. (Revue mens. des malad. de l'enfance. Mai 1905.) Unter den verschiedenen Ursachen, welche sowohl bei Erwachsenen, als auch beim Kinde Störungen im Harnlassen und namentlich die schmerzhafte Pollakiurie veranlassen, figurieren ausnahmsweise Störungen in der normalen Läsion der Harnwege. Namentlich ist es der Überschuß an Harnsäure, welcher derartige Funktionsstörungen bewirken kann, und hauptsächlich findet man derartige Fälle im Kindesalter, wo die Reizbarkeit der Blase eine erheblich größere ist, als späterhin. Es ist annehmbar, daß bei Kindern ein an Harnsäure sehr reicher Harn, namentlich wenn dieselbe unter der Form von Kristallen oder Harnsand auftritt, einen Reiz von genügend kräftiger Wirkung auf das Collum vesicae ausübt, um das Bedürfnis des Harnlassens früher auszulösen, als dies durch die Füllung der Blase bedingt gewesen wäre.

Neugeborene, bei welchen die ersten ausgeschiedenen Harnmengen oft sehr konzentriert und an Uraten sehr reich sind, haben, infolge reflektorischer Kontraktionen des Blasenhalses, anfangs eine Verzögerung der Miktion, welcher dann durch einige Tage sehr schmerzhaftes Harnlassen folgt. Derartige Erscheinungen, kann man auch bei Säuglingen beobachten. Bei mehr als 2 jährigen Kindern sind Dysurie und Blasenkrämpfe seltener beschrieben worden, und namentlich im Verlaufe von intensiven Diarrhöen, akuten Erkrankungen der Respirationsorgane, Pyrexien, nach drastischen Abführmitteln und im allgemeinen in allen jenen Fällen, welche eine zu reichliche Fleischnahrung erhielten, hatte Comby schmerzhafte Kontrakturen des Blasenhalses und Incontinentia urinae nocturna beobachtet.

Die Behandlung dieser Zustände ist hauptsächlich eine kausale, gegen die Hyperazidität gerichtete und besteht in Verabreichung alka-

lischer Wässer, wie Contrexéville, Karlsbad, Vittel, und Regelung der Diät, indem man weniger Fleisch und mehr Milch, Eier und Gemüse geben läßt. E. Toff (Braila).

L. F. Meyer, Zur Kenntnis des idiopathischen Ödems des Säuglings. (Aus dem städt. Kinderasyl und dem Laboratorium der Univers.-Kinderklinik in Berlin.) (Deutsche med. Wochenschrift. 1905. Nr. 37.) M. hat bei drei Fällen von idiopathischen Ödemen beim Säugling den Einfluß des Kochsalz- und Phosphorgehaltes sowie der Flüssigkeitsmenge der Nahrung sowohl in bezug auf das Zustandekommen des Ödems als auch in einem Falle in bezug auf den exakten Salzstoffwechsel geprüft. Bei zwei Fällen ging mit Sicherheit, bei einem mit großer Wahrscheinlichkeit eine akute Ernährungsstörung mit kurz dauernder Nierenreizung voraus. Der klinische Verlauf, das rasche Ablaufen derselben, zeigte schon, daß es sich nicht um eine Nephritis handelte, was in einem Falle auch anatomisch nachzuweisen war. Von Beginn der Ödeme an bis ihrer Abheilung waren jedenfalls bei allen drei Kindern weder Eiweiß noch Zylinder zu finden. Die Anschwellungen begannen in sämtlichen Fällen in einer Zeit, wo die Nahrungsmenge und also auch ihr Salzgehalt gesteigert wurde. Stets wurde durch Kochsalzzugabe die Wassersucht rapid vermehrt, durch Veringerung der Kochsalzzufuhr exakt zum Verschwinden gebracht. Dieselbe Bedeutung wie dem Kochsalz ist den Phosphaten und wohl auch den andern Salzen der Nahrung zuzuschreiben.

Der Stoffwechselversuch zeigte, daß sowohl während der ClNa- als auch während der Phosphorperiode eine erhebliche Salzretention stattfand. Eine solche Retention ist sicherlich eine pathologische Erscheinung; der normale Organismus antwortet auf eine erhöhte Kochsalzeinfuhr stets durch gesteigerte Ausfuhr. Wie ist nun das Zustandekommen der idiopathischen Ödeme zu erklären? Erkrankungen des Herzens, Kachexie, Toxine waren auszuschließen. Daß auch anatomische Erkrankungen der Nieren auszuschließen sind, zeigte die makroskopische und mikroskopische Untersuchung der Nieren des einen Kindes, das 17 Tage nach dem letzten Ödem plötzlich starb. Die anatomische Integrität bewies hier auch, daß es sich bei der 4 Monate vorher, während der akuten Ernährungsstörung, stattgehabten Eiweiß- und Zylinderausscheidung nicht um eine „Nephritis" gehandelt hat. Die anatomische Integrität schließt indes eine funktionelle Schädigung der die Salzausscheidung besorgenden Organe nicht aus. Diese Funktion haben die Epithelien der Harnkanälchen. Liegt eine Schädigung dieser Epithelzellen nun derart vor, daß sie bei einem gewissen Gehalt des Blutes an Salzen funktionsuntüchtig werden, so resultiert daraus eine Überladung des Blutes mit Salzen, die dann in das Gewebe ausgeschieden werden und dort das Wasser fixieren: ein Ödem.

Um das Ödem zu verhüten oder wenigstens schnell zu beseitigen, müssen wir den Salzgehalt der Nahrung möglichst gering zu machen suchen. Man gebe Brust- und Vollmilch, bezw. Verdünnungen mit einer Abkochung aus gewöhnlichem Mehl und Zucker und vermeide in derartigen Fällen die salzreichen künstlichen Nährpräparate, denen meist künstlich noch Salz zugesetzt wird. Grätzer.

Silvestri, Kochsalzmißbrauch als Ursache von Nephritis. (Bull. d. Soc. med. chir. di Modena. XXX. 7.) Im ersten Fall handelte es sich um einen Knaben, der seit früher Kindheit besonders gierig nach Salz war; im Alter von 7 Jahren erkrankte er an schwerer Nephritis (9 $^0/_{00}$ Albumen). Unter geeigneter Behandlung und Beschränkung der Kochsalzzufuhr geheilt, erkrankte er nach 4 Jahren wiederum und erlag diesmal der Krankheit.

Der zweite Fall betraf ein 4 $^1/_2$ jähriges Kind, das infolge derselben Ursache an schwerer Nephritis erkrankte (1,11 $^0/_{00}$ Albumen) und genas.

Mit diesen beiden als besonderes Beispiel ausführlicher mitgeteilten Fällen will Verf. im ganzen 10 gesehen haben, in denen er die Nephritis auf Kochsalzmißbrauch zurückführt. F.

W. Stoeltzner, Zur Behandlung der Nephritis. (Medizin. Klinik. 1905. Nr. 41.) St. gibt die Krankengeschichte eines 2 $^1/_2$ jähr. Mädchens als glänzendes Beispiel der günstigen Beeinflussung einer schweren parenchymatösen Nephritis durch salzsarme gemischte Kost. Im übrigen betont er, daß die Kost nicht nur salzarm, sondern auch eiweißarm, am besten rein vegetarisch sein muß, wobei es wichtig ist, diese vegetarische Kost quantitativ recht reichlich zu halten.

Grätzer.

Storbeck (Magdeburg), Chloralhydrat bei Nephritis. (Allgem. med. Zentral-Ztg. 1905. Nr. 42.) St. wandte das Mittel zuerst bei einem an sehr schwerer Scharlachnephritis erkrankten 12 jährigen Mädchen an, das er in tiefstem Koma vorfand. Letzteres schwand nach wenigen Stunden auf Klysmen von 0,3 g Chloralhydrat (2 stündlich). Dann wurde das Mittel intern weiter verabfolgt (zweimal täglich 0,3 g), was auf die Nephritis einen auffallend günstigen Einfluß ausübte.

Später behandelte St. noch mehrere Fälle von akuter Nephritis ebenfalls mit kleinen Gaben vom Chloralhydrat und sah sehr gute Erfolge. Grätzer.

D. Kiroff (Sofia), L'urotropine comme moyen prophylactique des nephrites scarlatineuses. (Archives de méd. des enf. November 1905.) Gemäß den Empfehlungen von Wateff, Widowitz u. a., hat auch K. das Urotropin als Prophylakticum gegen die skarlatinöse Nephritis angewendet und ist im großen und ganzen mit den erzielten Erfolgen zufrieden. Er hat das Mittel bei 63 Scharlachkranken in Anwendung gebracht und zwar beginnend mit dem Anfange der Krankheit, wann noch kein Eiweiß im Harne zu bemerken ist. Die angewendete Dosis betrug 0,10—0,30—0,50 ein- oder zweimal täglich, je nach dem Alter des Kranken und wurde durch 15—20 Tage eingegeben. Von den derart behandelten Patienten zeigten sechs Eiweißspuren während weniger Tage, vier machten eine starke Nephritis durch, während die übrigen gesund blieben. Unter andern 100 Scharlachkranken, welche kein Urotropin genommen hatten, sei es aus dem Grunde, daß sie beim Eintritte bereits Eiweiß darboten, oder erst spät in Behandlung getreten waren, betrug die Morbidität an Nephritis 53 $^0/_0$ und falls man die leichten, rasch vorübergehenden Fälle bei-

seite läßt, 37 %. Dementsprechend war auch die Mortalität in der zweiten Serie von Kranken unvergleichlich größer, als in der ersten.

K. frägt sich ob die Wirkung des Urotropins auf die antiseptische Einwirkung desselben, infolge des Freiwerdens von Formaldehyd, zurückzuführen ist, oder ob andere Einflüsse mit im Spiele sind, dies um so mehr, als von manchen die antiseptische Wirkung des Mittels geleugnet, indem nur eine geringe Menge im Körper zerlegt wird und der größte Teil die Blase unverändert verläßt. E. Toff (Braila).

Monsseaux (Vittel), Sur la pyélo-néphrite et la gravelle d'origine scarlatineuse chez l'enfant. (Archives de méd. des enf. Mai 1905.) Unter den renalen Komplikationen des Scharlachs bei Kindern sind zwei, welche selten zur Beobachtung gelangen, und zwar die Pyelo-nephritis und die Lithiasis urica. Bezüglich der ersteren finden sich nur wenig Andeutungen in der Literatur und nur in einem Falle von Bouloumié ist der Zusammenhang beider Krankheiten deutlich festzustellen. Die Symptome traten am 15. Tage nach Beginn der Krankheit auf und bestanden in Schmerzen beim Harnlassen, schleimig-eitrigem Harnsatze und leichtem Eiweißgehalte des Harns. Mikroskopisch fand man Eiterkörperchen und Kristalle von phosphorsaurem Ammoniak-Magnesia.

Das Anftreten von Harnsand als Komplikation des Scharlachs ist ebenfalls noch wenig beobachtet worden, obwohl die betreffenden Fälle nicht allzuselten vorkommen. Nicht immer tritt aber die Lithiasis im unmittelbaren Anschlusse an die infektiöse Krankheit auf, sondern es vergehen meist mehrere Jahre. Die mit Bezug auf die Urologie des Scharlachs gemachten Untersuchungen zeigen, daß die allgemeine Ernährung und die Harnausscheidung im Laufe dieser Krankheit eine tiefergreifende Veränderung erfahren. Während des Fieberstadiums besteht Oligurie mit Erhöhung der Azidität und außerdem Vermehrung der ausgeschiedenen Harnsäuremenge, nicht nur relativ, sondern auch absolut. In der Rekonvaleszenz geht die Menge der ausgeschiedenen Harnsäure normalerweise erheblich herunter, doch kommt jetzt die erhöhte Nahrungsaufnahme, namentlich von Fleischnahrung, hinzu, um die Harnsäurebildung wieder in die Höhe zu treiben. Auch muß in diesen Fällen auf die Heredität geachtet werden, denn viele von den lithiasisch erkrankten Kindern stammen von arthritischen Eltern ab. Auch die direkte Einwirkung der Skarlatina auf die Nieren dürfte eine Rolle bei der Entwickluug der in Rede stehenden Affektion spielen, da die Untersuchungen von Ebstein, Posner und Chabrié gezeigt haben, daß epitheliale Veränderungen immer an der Basis jeder Lithiasis zu finden sind und entweder durch die Einwirkung der reizenden Salze, oder durch andere infektiöse und mechanische Ursachen hervorgerufen sind. E. Toff (Braila).

A. Bouchet, L'intoxication urémique dans le cours des néphrites scarlatineuses. (Thèse de Paris. 1904.) Die Erscheinungen urämischer Vergiftung gehören zu den schweren Komplikationen der Scharlachnephritis, dies um so mehr, als die dagegen empfohlenen Medikamente meist wenig oder gar nichts nützen. Nur das Chloral hat symptomatisch gegen die Konvulsionen irgendwelchen Wert.

Wirkliche Erfolge kann man mit der Venaesectio und Serumtransfusion oder -injektion erreichen. Man macht entweder einen leichten Aderlaß, indem man 150—400 g abfließen läßt, und gleich daran wird eine massive subkutane Serumeinspritzung (500—100 g) angeschlossen, oder man läßt, nach der Methode von Barré, ebensoviel abfließen, als man dann Serum einspritzt.

Prophylaktisch ist absolute Milchdiät durch 4—5 Wochen vom Beginne der Scharlacheruption, neben Bettruhe und Desinfektion des Rachens zu beobachten. E. Toff (Braila).

H. Eichhorst, Über die Beeinflussung chronischer Nephritiden durch akute Infektionskrankheiten. (Medizin. Klinik. 1905. Nr. 42.) E. hat neuerdings zwei Fälle beobachtet, bei denen eine Skarlatina Nephritiden, die schon längere Zeit bestanden und bisher therapeulisch nicht beeinflußt werden konnten, zum Verschwinden brachte. Das eine Mal handelte es sich um ein 20 jähriges Mädchen, das seit $2^1/_2$ Jahren an einer chronischen Nephritis litt, das zweitemal um einen $2^1/_2$ jährigen Knaben mit chronischer Schrumpfniere unbekannten Ursprungs. Beide Pat. boten, nachdem sie eine Skarlatina durchgemacht, keine Symptome der Nierenerkrankung mehr. E. glaubt allerdings nicht, daß es sich um anatomische Heilungen handelt, die klinischen aber waren vollständig. Grätzer.

Carl Stern, Experimentelle und klinische Untersuchungen zur Frage der Nierenaushülsung nach Edebohls. (Mitteilg. aus d. Grenzgebieten d. Medizin u. Chirurgie. 1905. Bd. 14.) Vorliegende Arbeit bietet einen wichtigen Beitrag zur Frage der Nierenaushülsung, die auf dem 33. Chirurgenkongreß 1904 Gegenstand eifrigster Diskussion war. Schien in Deutschland die Frage zu ungunsten der Operation entschieden zu sein, so wurden neuerdings doch wieder, besonders in Frankreich und Italien, Stimmen laut, welche die neue Methode angelegentlich empfahlen.

St.s Mitteilungen gründen sich auf Tierexperimente, wie auf Erfahrungen am Menschen. Am Kaninchen suchte er festzustellen, ob sich eine neue Kapsel bilde, ferner ob es zwischen Nierenrinde zu einer Gefäßneubildung bzw. zu einem für die Niere bedeutungsvollen Kollateralkreislauf komme. Die erste Frage kann St. nur bedingt zugeben, indem es wohl zu einer neuen Umhüllung der Niere kommt, aber nur durch ein derbes, an elastischen Fasern armes Bindegewebe, nicht zu einer dehnbaren Kapsel. Hinsichtlich des zweiten Punktes kam St. zu dem Ergebnis, daß die Gefäßneubildung oder „Gefäßanlagerung“ nur unbedeutend sei, jedenfalls nicht so erheblich, daß eine Aushülsung berechtigt sei. Dasselbe Resultat könne auch durch eine Nephroraphie erzielt werden.

St. hat die Edebohlsche Operation am Menschen 8 mal ausgeführt. An den Folgen der Operation (Narkose, Choc) ist keiner gestorben, die Dauer der Operation beträgt etwa 30 Minuten.

Zwei Pat. starben am 5. bzw. 8. Tag und zwar der eine an Urämie, der andere an Herzschwäche.

Von den übrigen 6 sind 2 am Leben, ohne durch die Operation beeinflußt zu sein, 4 starben nach Ablauf von 2—3 Monaten. Da St.

jeweils bei der Operation Probeexzisionen machte, um eventuelle Veränderungen später feststellen zu können, so sind seine Beobachtungen von besonderem Wert. In keinem Falle konnte nun bei der Sektion eine Besserung des Nierenprozesses konstatiert werden; im Gegenteil, die interstitiellen Veränderungen waren erheblich vorgeschritten. In zwei Fällen konnte er nachweisen, „daß im unmittelbaren Anschluß an die Aushülsung der Niere sich eine rapide und mikroskopisch nachweisbare Verschlimmerung interstitieller Prozesse eingestellt hat“. St. ist der Ansicht, daß nach diesen Erfahrungen die Aushülsung bei interstitieller Nephritis nicht mehr in Frage kommen kann.

Dagegen hält er Eingriffe, die in ausgiebiger Freilegung der Niere, in Spaltung der Kapsel und in Fixierung der Niere durch Naht oder Tamponade bestehen, für angebracht, wenn überhaupt zum chirurgischen Eingriff Veranlassung vorliegt. Starck (Karlsruhe).

E. E. Graham, Results of Decapsulation for Nephritis in children. (Archives of Pediatrics. Sept. 1905.) Die von Edebohls empfohlene Operation der Nierenentkapselung ist bisher selten an Kindern ausgeführt worden.

Einige Fälle aus der Literatur sind vom Verf. gesammelt worden, und er knüpft daran seinen neuen Bericht sowie allgemeine Betrachtungen.

Sein eigener Fall betrifft ein Kind von 26 Monaten, welches an Scharlachnephritis litt. Alle üblichen Mittel und Maßregeln versagten und der letale Ausgang schien bevorzustehen. Nun wurde die Edebohlsche Operation ausgeführt. Rasche Besserung folgte und das Kind genas vollständig.

Aus diesem und aus andern Fällen scheint hervorzugehen, daß eine verhältnismäßig frische, nicht vernachlässigte Nephritis bei Kindern noch die besten Aussichten für operative Heilung darbietet.

Natürlich sollen die alten Methoden der Nephritistherapie nicht unversucht bleiben, ehe man sich zur Operation-entschließt. Schlagen sie aber fehl, so darf man von einer Dekapsulation der Nieren Gutes erwarten. Leo Jacobi (Newyork).

O. Blum, Über palpable Nieren bei Kindern. (Aus der Poliklinik des Augusta-Hospitals in Berlin.) (Berliner klin. Wochenschrift. 1905. Nr. 44 a, Festnummer für Ewald.) B. untersuchte Kinder beiderlei Geschlechts im Alter von 3—15 Jahren, 106 an Zahl. 37 mal wurde Nephroptose gefunden (bei 29 Mädchen und 8 Knaben), und zwar 16 mal der rechten Niere, 21 mal beider Nieren; die linke war allein niemals fühlbar. Die palpable Niere ist also bei Kindern gar nicht selten.

Bei 11 von den 37 Kindern bestand orthotische Albuminurie, zum Teil mit sehr starker und der Behandlung lange trotzender Eiweißausscheidung. Die Frage muß aber vorläufig noch unentschieden gelassen werden, ob die Nierensenkung mit der Albuminurie in kausalem Zusammenhang steht oder beide nur zufällig nebeneinander vorkommende Befunde sind.

Bemerkenswert ist, daß Nephroptose in jugendlichem Alter relativ häufig vorkommt, zu einer Zeit, in der von den sonst als ätiologisch

angesehenen Schädlichkeiten, wie Gravidität, Schnüren, Traumen, Senkung und Erschlaffung des Beckenbodens, nicht die Rede sein kann (in obigen Fällen war auch plötzliche Abmagerung als ätiologischer Faktor auszuschließen). Nach Untersuchungen Rosengarts gleichen die Lageverhältnisse der Eingeweide beim Fötus denjenigen, wie sie bei der Splanchnoptose gefunden worden; erst mit der extrauterinen Entwicklung sollen sich Lageverhältnisse wie beim erwachsenen Normalmenschen herausbilden. Es ist somit die Frage, ob es sich bei der Nephroptose der Kinder um eine Hemmung der Entwicklung oder um eine auf angeborener Disposition — durch bisher noch unbekannte Einflüsse — sich ausbildende Anomalie handelt.

Grätzer.

Wm. Carpenter Mac Carty, Ein Fall von malignem Hypernephrom bei einem Kinde. (Berliner klin. Wochenschrift. 1905. Nr. 44 a, Festnummer für Ewald.) 2 1/2 jähriges Kind wies bei der Sektion ein kindskopfgroßes Hypernephrom der rechten Niere auf. Bemerkenswert war das Fieber, das während des ganzen Verlaufs der Erkrankung bestand. Bemerkenswert ferner die umfangreiche Metastasenbildung im Knochensystem, vor allem im Schädeldach. Die am Kopf vorhandenen Geschwulstmetastasen, extradural gelegen, waren an mehreren Stellen durch das Schädeldach hindurchgewachsen. Vor allem war auf der linken Vorderhauptsseite ein großapfelgroßer Tumor vorhanden (8—10 cm im Durchmesser), daneben drei kleinere Knoten (2, 1 1/2, 2 cm). Auch in der linken Achselhöhle große Geschwulstmetastase. Der primäre Tumor war zu Anfang wenig bemerkbar, so daß der Differentialdiagnose Schwierigkeiten erwachsen konnten.

Grätzer.

J. Albarran (Paris), Tuberculose renale. Diagnostic et indications thérapeutiques. (La presse médicale. 1905. Nr. 80.) Die Nierentuberkulose ist eine meist einseitige, primäre oder sekundäre infolge einer andern tuberkulösen, wenig wichtigen Lokalisation. Sie schreitet in fataler Weise fort, zerstört die Niere und heilt in spontaner Weise nur durch Obliteration oder Schrumpfung des Ureters. Sie bildet eine immerwährende Gefahr für den Kranken, nicht nur als Herd, von welchem andere Organe tuberkulös infiziert werden können, in erster Reihe die Ureteren und die Blase, sondern weil sie einen Eiterherd darstellt und zur Vergiftung des ganzen Organismus führen kann. Die Exstirpation der kranken Niere gibt in therapeutischer Beziehung ausgezeichnete Resultate. Die persönliche Statistik des Verf.s gibt einen Todesfall auf 64 Operierte. Auch die entfernten Resultate sind gute, nachdem von denselben unter 30, die vor mehr als 2 Jahren operiert worden sind, nur zwei Tuberkulose der andern Niere darbieten, während sieben, die seit 6 und zwei die seit 10 Jahren operiert worden sind, vollkommen gesund geblieben sind. Namentlich sind es die frühzeitigen Operationen, welche gute Resultate ergeben, wenn die Blase noch nicht tuberkulös infiziert ist. Als Kontraindikationen des Eingriffes werden angeführt: doppelseitiges Auftreten der Krankheit und schlechter Allgemeinzustand des Kranken.

Unter den Frühsymptomen der Nierentuberkulose sind zu erwähnen: Erscheinungen von Blasenreizung, mit oder ohne wirkliche

Cystitis. Besteht häufiger Harnandrang und Schmerz und bleiben die Maßnahmen, die man zur Behandlung einer angenommenen Cystitis vornimmt, resultatlos, so muß dies Verdacht auf Tuberkulose erwecken. Auch die Abwesenheit von Mikroorganismen im eiterhaltigen Harne, da Tuberkelbazillen schwer mit den gewöhnlichen Färbemethoden nachweisbar sind, würde für Tuberkulose sprechen. Zeitweilige Hämaturien, Abmagerung und Nachweis Kochscher Bazillen sind weitere Symptome der in Rede stehenden Krankheit.

Um festzustellen, welche Niere erkrankt ist, muß der Ureterenkatheterismus vorgenommen werden, da die Separierung durch ein Diaphragma keine sichern Resultate gibt; einerseits kann die Teilung unvollkommen sein und andererseits können die Bazillen, welche man auffindet, von der Blase herrühren. Auch die Kryoskopie und die Methylenblauprobe sind unsicher und können zu großen Fehlern führen. Namentlich das Methylenblau kann gut eliminiert werden, trotzdem beide Nieren krank sind und selbst wenn nur eine einzige, schwer tuberkulös erkrankte Niere besteht. Auch nach Vornahme des Ureterenkatheterismus darf man mit den Ergebnissen einer Untersuchung sich nicht zufrieden geben, falls man die funktionellen Werte beider Nieren kennen lernen will, und es ist dies nur nach mehreren Untersuchungen und unter Zuhilfnahme der vom Verf. angegebenen Methode der experimentellen Polyurie, indem man die Resultate vor und nach der Verabreichung größerer Mengen Wassers vergleicht, möglich. Auf die Ergebnisse dieser Untersuchungen gestützt, kann der Chirurg auf solider Basis die operative Prognose stellen und den Kranken die Gefahren unzweckmäßiger Temporisierung ersparen.

E. Toff (Braila).

E. Riegler, Eine sehr empfindliche Methode um Gallenfarbstoffe im Harn nachzuweisen. (Revista farmaciei. 1904. Nr. 3.) Verf. hat im Jahre 1899 eine sehr empfindliche Methode zum Nachweise von Gallenfarbstoffen veröffentlicht, welche sich auf die Eigenschaft des Paradiazobenzons, eine alkoholische Chloroformlösung der Gallenpigmente intensiv rot zu färben, stützt. Da aber das betreffende Reagens leicht zersetzbar und also nicht gut praktisch verwertbar ist, hat R. diesem Übelstande dadurch abgeholfen, daß selbes mit Hilfe zweier Lösungen im Bedarfsfalle jedesmal frisch hergestellt wird. Diese Lösungen sind: 1. 5 g Paranitroamidobenzon werden in 180 ccm Aq. destill. gelöst und unter Hinzufügen von 25 ccm reiner Schwefelsäure leicht geschüttelt. 2. Eine Lösung von 2,5 g Natr. nitricum in 200 ccm destillierten Wassers. Diese Lösungen sind unveränderlich und folglich sehr gut haltbar. Um die Untersuchung vorzunehmen, werden in eine Eprouvette 4—5 ccm Chloroform geschüttet und dieselbe mit Harn fast vollständig gefüllt; man mischt durch oftmaliges Umstürzen beide Flüssigkeiten gut durcheinander, läßt das Chloroform sich am Boden der Eprouvette absetzen, dekantiert den Harn vorsichtig und schüttet über das Chloroform eine gleiche Menge 96%igen Alkohols, worauf man 5—6 Tropfen von Lösung Nr. 1 und ebensoviel von Lösung Nr. 2 hinzufügt und gut durchschüttelt. Sind Gallenfarbstoffe im Harn enthalten, so erscheint das sich nun am Boden absetzende Chloroform orange oder rot gefärbt. Diese

Methode ist viel sicherer und empfindlicher als die viel benutzte Gmelinsche.

E. Toff (Braila).

P. Meyer, Über die Wirkung des Allylsenföls auf Leber und Niere. (Aus dem pathol. Institut der Universität Halle a. S.) (Virchows Archiv. Bd. 180. Heft 3.) M. prüfte die Versuche Carlaus nach, der gefunden hatte, daß Allylsenföl, längere Zeit Kaninchen und Meerschweinchen injiziert, Entzündung und Zellnekrose in der Leber hervorrufen könnte. Ein positiver Ausfall der Versuche würde die Theorie über die Entstehung der Leberzirrhose stützen, die annimmt, daß die Zellnekrose das Primäre, die Bindegewebswucherung das Sekundäre ist; er würde ferner zeigen, daß die fortgesetzte Zufuhr von Gewürzen imstande ist, schließlich eine Leberzirrhose zu erzeugen. Es wurde nun während längerer Zeit einem Meerschweinchen in 37 Tagen 74 mg, einem anderen in 94 Tagen 404 mg Senföl subkutan injiziert. Das Resultat war aber ein negatives, indem sich keine Nekrose oder Entzündung, sondern nur eine geringe trübe Schwellung der Leber und Nierenzellen fand.

Bennecke (Marburg).

Cesare Cattaneo, Zirrhose infolge kongenitaler Obliteration der Gallenwege. (La Pediatria. VIII. 1904.) Das Krankheitsbild bei dem $3^1/_2$ Monate alten Kinde war folgendes: Stets farblose Stühle, Vergrößerung und Härte der Leber, dabei Fehlen von Ascites; seit Geburt an Ikterus. Die Diagnose auf kongenitalen Verschluß der Gallengänge wurde durch die Autopsie des an demselben Tage zum Exitus gekommenen Patienten bestätigt. Man fand die Leber ziemlich klein, von grünlicher Farbe, mit granulierender Oberfläche; Proliferation des Bindegewebes, Fehlen der Gallenblase. Es besteht ein einziger Gang, der bis zur Vaterschen Papille reicht, aber von seiner Hälfte bis zum Duodenum zu einem fibrösen Strang reduziert ist; die Mündung in der Papille fehlt. Histologisch fanden sich die gewöhnlichen Veränderungen der Cirrhosis hypertrophica.

F.

R. Milchner, Alkoholische Leberzirrhose beim 8jährigen Kinde. Die Chancen der Talmaschen Operation. (Aus der mediz. Poliklinik der Universität Berlin.) (Die Therapie der Gegenwart. Dezember 1904.) Da bei der kleinen Patientin trotz aller angewandten Mittel der Ascites sich schnell erneuerte, wurde nach Talma operiert. 14 Tage später aber trat Exitus letalis ein, nachdem vorher deutlich eine Venenerweiterung an Brust und Bauchhaut sichtbar geworden war.

Die Sektion wurde verweigert, es konnte also nicht positiv nachgewiesen werden, ob der Beginn einer Heilung sich angebahnt hatte. Es deutete allerdings das Caput medusae darauf hin, das von Talma als Grundbedingung für den Erfolg angesehen wird. Eine Ablenkung des Pfortaderkreislaufes auf dem Wege der Ven. epigastric. superf. war hier trotz sehr dünner Netzvenen zustande gekommen. Es lagen hier die anatomischen Verhältnisse ganz besonders ungünstig. Das auffallendste Merkmal des Operationsfeldes bot das absolute Fehlen jeglicher Erweiterungen und vermehrter Spannung der Venen im

Omentum. Selbst in verzweifelten Fällen scheint die Operation noch Erfolg haben zu können.

Im übrigen läßt sich aus dem Falle noch folgender Schluß ziehen: Der Ascites bei Leberzirrhose ist nicht absolut als Stauung infolge Überlastung des Portalkreislaufes aufzufassen. Grätzer.

Liefmann, Zur Kenntnis der Frühstadien der akuten gelben Leberatrophie. (Zentralblatt f. allgem. Pathol. u. pathol. Anat. Bd. 16. Nr. 12.) Im Anschluß an eine Peritonitis (Gangrän des Wurmfortsatzes) entwickelte sich bei einer 27 jährigen Patientin eine akute gelbe Leberatrophie, die in einem frühen Stadium zur Sektion kam. Makroskopisch bot die Leber das typische Bild, und zwar fanden sich stärker und schwächer entwickelte Herde nebeneinander. Die Untersuchung wurde an frischen und fixierten Präparaten vorgenommen, von denen besonders die erstere interessante Resultate lieferte. Es ließ sich nachweisen, daß sich die weniger schwer veränderten Leberpartien, bei denen es sich um hochgradige Verfettung mit geringem Zerfall von Leberzellen handelt, durch aseptische Autolyse in die schwer veränderten, fast nur aus zerfallenen Leberzellen bestehenden überführen lassen. Den Beweis hierfür liefert das Auftreten von Myelin und der Kernzerfall, die nur in den schwerer veränderten Partien und den der Autolyse unterworfenen Gewebsstückchen aus den leichter veränderten Abschnitten in größerer Menge nachweisbar sind. Der erhobene Befund entspricht nahezu vollkommen dem einer Phosphorleber. Es lassen sich demnach wenigstens zwei verschiedene Typen von akuter gelber Leberatrophie aufstellen.

Bennecke (Marburg).

B. Simonini, Urologische Untersuchungen in einem Fall von akuter gelber Leberatrophie beim Kinde. (Rivista di Clinica Pediatrica. IV. 1904.) Die Ergebnisse der vom Verf. im vorliegenden Fall angestellten Stoffwechseluntersuchungen lassen sich nicht in Form eines Referates wiedergeben. F.

Elena Manicatide und **P. Galaschescu** (Bukarest), Hydatidenzyste der Leber und der rechten Lungenspitze. (Spitalul. 1905. Nr. 7.) Der Fall bot insofern besonders Interesse dar, als sich zwei relativ seltene Lokalisationen des Echinococcus in der Leber und der Lungenspitze, an ein und demselben Individuum vereinigt vorfanden.

Es handelte sich um ein 12 $^1/_2$ jähriges Mädchen, welches seit etwa 1 $^1/_2$ Jahren erkrankt war. Zunächst zeigte sich eine Geschwulst im rechten Hypochondrium, welche sich allmählich vergrößerte und ein Gefühl von Schwere und Schmerzhaftigkeit dieser Gegend bewirkte. Nach etwa einem Jahre begann trockener Husten und zeitweilige Expektorierung von etwas schaumigem Blute. Während dieser Zeit wurde auch ein etwa 3 cm langes, gelbliches, dünnes Häutchen ausgehustet.

Es bestand allgemeine Schwäche und große Blässe; kein Fieber. Puls 120.

Die Untersuchung der Brust zeigte die rechte Unterschlüsselbein-

grube etwas vorgewölbt, ferner sowohl vorn bis unter die Brustwarze, als auch rückwärts bis zur Spitze des Schulterblattes gedämpfter Perkussionsschall und bronchiales Atmen, im übrigen normale Lungenverhältnisse.

Die Punktion beider Tumoren ergab eine klare Flüssigkeit, in welcher Skolices gefunden wurden. Die Operation konnte, wegen Weigerns der Familie nicht ausgeführt werden. E. Toff (Braila).

III. Aus Vereinen und Versammlungen.

Pädiatrische Sektion der Gesellschaft für innere Medizin und Kinderheilkunde in Wien.

Sitzung vom 14. Dezember 1905.

Originalreferat.

Hochsinger demonstriert ein 6monatliches Kind mit **angeborenem Herzfehler (Morbus caerulens)**. Die Herzdämpfung erscheint nach beiden Seiten deutlich verbreitert. Bei Ruhe des Kindes hört man kein Geräusch, bei Aufregung (Schreien) ein schwaches systolisches Geräusch im 2. und 3. Interkostalraum. Dabei besteht Zyanose der Lippen, der Nase und Nägel, sowie Auftreibung der Endphalangen der Finger. H. bespricht differentialdiagnostisch die Möglichkeit des Bestehens einer Pulmonalstenose mit großem Septumdefekt oder einer Transposition der großen Gefäße und nimmt eher die erste Diagnose für richtig an. Auf Digitalis trat rasche Besserung ein.

Escherich weist in der Diskussion auf eine dritte Möglichkeit hin. Es könnte sich einfach um ein offenes Foramen ovale handeln.

Escherich zeigt ein Präparat von **Hirschsprungscher Krankheit (Megakolon)**. Die Symptome der Erkrankung setzten schon bei der Geburt ein. Das Mekonium mußte künstlich entfernt werden. Das Kind erbrach auch das Mekonium. In den ersten Lebenstagen hartnäckige Obstipation. Stuhl konnte nur durch Klysma erzielt werden. Unter Ernährung an der Mutterbrust nahm anfangs der Bauchumfang rasch zu, die Obstipation hielt an. Nach einiger Zeit jedoch trat Besserung ein, der Bauch wurde kleiner, der Stuhl war weniger obstipiert. Im Alter von 3 Monaten Entwöhnung. Danach rasche Verschlechterung, fortwährendes Erbrechen, 6—7 Tage kein Stuhl, mächtige Zunahme des Bauchumfanges, starke Abmagerung. Nach 14 Tagen Tod an Inanition.

Bei der Sektion ergab sich ein abnorm kleiner Magen, starke Erweiterung des Colon transversum und der Flexura sigmoidea. E. läßt die Frage unentschieden, ob die Erkrankung immer angeboren oder auch erworben auftreten kann und erinnert an einen von ihm beobachteten zweiten Fall von Megakolon bei einem 8jährigen Knaben, bei dem die oben erwähnten typischen Symptome am Ende des ersten Lebensjahres eingesetzt hatten. Nach 4monatlicher Behandlung (hohe Irrigationen, Bauchdeckenmassage, Elektrisieren der Bauchmuskulatur, Bandagen) wesentliche Besserung. Nach Entlassung in 14 Tagen Rezidiv. Es wurden die erweiterten Darmschlingen reseziert. Pat. starb jedoch bald darauf.

Escherich demonstriert weiter einen mehrwöchentlichen Säugling mit abnorm kurzen Extremitäten bei langem Stamm. Die Epiphysen zeigen im Röntgenbilde pilzförmige Auftreibungen, die auch tastbar sind. E. stellt die Diagnose **auf Chondrodystrophie**.

Rach demonstriert einen **zystischen Tumor der Hirnbasis, ausgehend von den epithelialen Resten des Hypophysenganges**. Mikroskopisch ergab sich der Befund eines **Plattenepithelkarzinoms**. Das Kind, ein 5jähriges Mädchen, zeigte 4 Monate ante

exitum zum ersten Male Hirndruck. Symptome: Schwindel, Erbrechen, Kopfschmerzen. Pat. war auch einigemal bewußtlos zusammengestürzt. Diese Symptome traten im weiteren Verlaufe wiederholt in Erscheinung.

Spieler demonstriert ein 12jähriges hereditär luetisches Mädchen mit **Osteoperiostitis luetica der rechten Tibia** und der Knochen des linken Ellenbogengelenkes.

Vor 4 Jahren trat eine schmerzhafte Anschwellung des rechten Unterschenkels auf, besonders nachts starke Schmerzen. Seit 2 Jahren besteht die Verdickung der das Ellbogengelenke konstituierenden Knochen mit Hemmung der Streckfähigkeit. Nunmehr erscheint die rechte Tibia nicht nur verdickt, sondern auch um 4 $^1/_2$ cm länger als die linke Tibia, die Fibula rechts ist verdickt, aber nicht verlängert. Der rechte Fuß daher in starker Valgusstellung.

Pat. weist auch sonst Zeichen von Lues auf (Narben an den Lippen, Hutchinsonsche Zähne, links eine erbsengroße Kubitaldrüse). Sp. erinnert an die Ähnlichkeit des Krankheitsbildes mit der Pagetschen Erkrankung.

Hochsinger zeigt ein 5monatliches hereditär luetisches Kind **mit diffuser interstitieller Glossitis luetica.** Die Zunge ist groß, dunkel und zyanotisch, das vordere Drittel weich, am Übergange in das infiltrierte mittlere Drittel sieht man eine Terrasse. Der ganze Zungenkörper ist verdickt, verbreitert. Das Kind zeigt noch als Symptome der Lues condylomata ad anum, Reste einer diffusen Hautinfiltration an der Planta pedis.

Münz zeigt Kulturen von aus Stuhl und Harn eines an Cystitis erkrankten Mädchens gezüchteten Kolistämmen, die gewisse Differenzen gegenüber dem gewöhnlichen Koli aufweisen (z. B. geringere Säurebildung).

Swoboda demonstriert die Leiche eines 2 $^1/_2$ Monate alten Kindes mit angeborenem Myxödem, während des Lebens typische Symptome.

An die Demonstrationen schloß sich ein Diskussionsvortrag zum Thema der Säuglingsfürsorge (siehe vorherg. Sitzung Vortrag Escherich).

Weiß sprach in demselben über die **Einrichtungen und Erfolge der Säuglingsfürsorgestelle** in einem Arbeiterbezirke Wiens (Favoriten), die vom Vereine „Säuglingsmilchverteilung" erhalten wird. Dieselbe verfolgt ähnliche Ziele wie der Verein „Säuglingsschutz".

Die Erfolge sind recht befriedigende. Weiß will die Frage der Säuglingsfürsorge auf breiter Basis unter Mitwirkung der praktischen Ärzte, namentlich der Armenärzte lösen, die das Recht haben sollen, arme Kinder der Schutzstelle zuzuweisen. Dieses Prinzip ist auch in der von ihm geleiteten Anstalt durchgeführt.

Die Förderung der natürlichen (Brust-) Ernährung will W. durch Gründung von Milchkassen erzielen. Jede Frau kann in einem beliebigen Monate der ärztlich festgestellten Schwangerschaft Mitglied der Milchkasse werden. Die wöchentlichen Beiträge werden je näher dem Ende der Gravidität um so höher (erster Schwangerschaftsmonat wöchentlich durch je 38 Wochen K 0,39, K 3,75 durch je 4 Wochen im neunten Monate der Gravidität). Die Mutter sichert sich dadurch im Falle der durchzuführenden Brusternährung eine Stillprämie im Betrage von K 20 bis K 50. Im Falle der Stillungsunmöglichkeit erhält die Mutter durch 6 Monate vollständig unentgeltlich die vollständige Säuglingsernährung in Einzelportionen vom Vereine. B. Schick (Wien).

Holländische Gesellschaft für Kinderheilkunde.

Sitzung vom November 1904.

(Ned. Tydschr. v. Geneeskunde. 1905. Bd. 1. S. 1002.)

de Bruin (Amsterdam) demonstriert: 1. Einen Fall von **Mikrocephalie** kombiniert mit **Diplegia spastica infantilis.** 2. Einen Fall von **Diplegia spastica infantilis.** 3. Einen Fall von **Mongoloider Idiotie.** 4. Einen Fall von **Exophthalmus pulsans.** Ein Knabe von 16 Monaten mit Exophthalmus, in starkem Grade rechts, in leichterem Grade links. Der rechte Bulbus pulsiert, der linke nicht. Die Ätiologie beruht in diesem Falle wahrscheinlich auf einer überstandenen Tussis convulsiva. Das Leiden ist bei Kindern sehr selten.

Graanboom (Amsterdam) berichtet über einen Fall von **Hirschsprungscher Krankheit** (schon referiert). Demonstrationen: 1. Ein Fall von **Spasmus nutans.** 2. Ein Fall von **Hanotscher Leberzirrhose.** Fälle dieser Art sind im Kindesalter selten. Charakteristisch für diese Krankheit in diesem Alter ist nach Gilbert und Fournier, daß die Milz relativ sehr stark vergrößert ist (Cirrhose biliaire hypersplenomegalique). In G.s Fall, bei einem Mädchen von 10 Jahren, war aber die Milz nicht vergrößert, so daß der Fall zu der sehr seltenen Cirrhose biliaire microsplenique gehört. 3. Ein vieljährig beobachteter Fall von **sporadischem Cretenismus.** Der Knabe wird von G. seit dem dritten Lebensjahre behandelt. Im sechsten Lebensjahre wurde die Krankheit erkannt als sporadischer Cretenismus und mit Pulvis glandulae thyroideae wurde ein günstiger Erfolg erzielt. Die Medizin wird bis jetzt noch immer fortgebraucht (in den letzten Jahren 1—2 mal täglich 25 mg), weil G. und auch die Eltern den Eindruck bekommen hatten, daß ein zeitweiliger Nachlaß direkt einen ungünstigen Einfluß habe. Der 16jährige Knabe ist jetzt noch körperlich und geistig etwas zurückgeblieben. 4. Ein Fall von großer **bronchiektatischer Kaverne** mit Radiogramm kontrolliert bei einem Knaben von 13 Jahren. Die Höhle ist nicht gut abgegrenzt und G. meint, deshalb sei Pneumotomie nicht indiziert.

Heyer (Njmegen) berichtet über einen Fall von **Morbilli mit Hautemphysem.**

Haverschmidt (Utrecht) berichtet über seine Erfahrungen bei der künstlichen Ernährung der Säuglinge im Kinderkrankenhause Utrechts. Bei den meisten zeigte sich eine Kalorienzahl von 93—118 pro Kilo Körpergewicht als genügend. Ebenso wie Biedert, Escherich und Selter, konnte H. in vielen Fällen durch die methodische Untersuchung der Fäzes den richtigen Weg finden für die diätetische Behandlung der Verdauungsstörungen.

Timmer (Amsterdam): Vortrag über die Anatomie und die Therapie der **Hernia funiculi umbilicalis.** Man muß unterscheiden die embryonale und die fötale Form. In zwei Fällen wurde von T. mit exspektativer Behandlung die radikale Heilung erreicht. Demonstrationen: 1. Ein Fall von **Atresia ani vulvaris.** 2. Ein Fall von **Ectopia vesicae** bei einem Mädchen. 3. Ein Fall von **Rachitis tarda.** 4. Ein Fall von **Pes calcaneus paralyticus.**

Sitzung vom April 1905.

Ned. Tydschr. v. Geneeskunde. Bd. II. S. 544.

Haverschmidt (Utrecht) berichtet über: 1. **Chronischen Darmkatarrh der jungen Kinder.** Aus klinischen Beobachtungen an einigen Fällen von chronischem Katarrh und dyspeptischem Durchfall von jungen Kindern geht folgendes hervor. Die Grundlage einer rationellen diätetischen Behandlung soll auch hier, ebenso wie es Biedert für das Säuglingsalter angegeben hat, die Untersuchung der Fäzes sein. In dem überwiegenden Teil der Fälle ergab diese Untersuchung, daß es sich um Eiweißfäulnis, in seltenen Fällen nur um Kohlenhydratinsuffizienz handelte. In der Regel gelang es, unter Kontrolle der Fäzes, die Heilung herbeizuführen mit einer Diät, zusammengesetzt aus einer Mischung von verschiedenen Nahrungsmitteln, und zwar in einfacher Form: Eiern, Fleisch, Milch, Buttermilch, Kindermehle, Fette. So wurde bei einem Knaben von 5 Jahren in 8 Wochen dauernde Heilung und eine Gewichtsvermehrung von 1200 g erzielt. Der Knabe bekam anfänglich 1000 ccm Milch, 400 g Brot und 40 g Fleisch. Als sich nun Fäzes von stinkend-fäkalem Geruch präsentierten, wurde erst das Fleisch nachgelassen und später die Milch für einen Teil durch Buttermilch ersetzt. Am Ende wurde eine Diät, zusammengesetzt aus Buttermilch, Milch, Eiern, Brot, Nestlemehl, Zucker und Fetten (Oleum jecor. aselli) gut digeriert. Die Reaktion der Fäzes, die anfänglich stark alkalisch war, wurde sauer, sobald 75 g Zucker gegeben wurden und alsdann ergab das Filtrat mit Uffelmans Reagens einen positiven Befund. Wurde der Zucker ersetzt durch Nestlemehl, dann änderte sich diese Reaktion in eine neutrale, und sobald, statt diesen beiden, neben dem Eiweiß auch Fett gegeben wurde, wurde die Reaktion schwach alkalisch.

2. **Habituelles und zyklisches Erbrechen.** H. hält auf Grund seiner Beobachtungen an drei Fällen bei Säuglingen von 3—6 Monaten das Leiden für eine Neurose, die für jeden Fall eine individualisierende Behandlung erheischt. Die vereinzelten Fälle von zyklischem Erbrechen der Säuglinge, die H. beobachtete, betrafen alle Kinder, die auch im späteren Kindesalter Erscheinungen von Neuropathie darboten und die alle schwer hereditär belastet waren.

van der Hoeven (Rotterdam) berichtet über **Fraktur im Ellbogengelenk.** Nach der Reposition wurde so stark wie möglich im Ellbogengelenk flektiert und ein einfacher Heftpflasterverband angelegt, etwa im Sinne des Sayreschen Heftpflasterverbandes bei Schlüsselbeinfraktur. In diesem immobilisierenden Verbande wurden nun täglich Extensionsbewegungen an dem Arme gemacht.

van der Heide (Arnhem) berichtet **über den Einfluß des sozialen Wohlstandes und der Wohnung auf die Säuglingsmortalität.**

Aus den statistischen Untersuchungen dieser Mortalität in Arnhem ergibt sich, ebenso wie das schon von anderen konstatiert wurde, daß diese abhängig ist von dem sozialen Wohlstand und den Wohnungsverhältnissen. So war 1904 die Mortalität in einem Proletarierviertel 18 % und in einem Viertel, bewohnt durch nur Wohlhabende, 5 %. Die Bedeutung der Wohnung war besonders ersichtlich in einem nur durch Arbeiter bewohnten Viertel, wo die Mortalität 8,5 % war in den hygienisch gut gebauten Wohnungen, während sie 16,5 % erreichte in den schlecht gebauten Wohnungen derselben Arbeiterbevölkerung.

de Bruin (Amsterdam) berichtet über: 1. **Buttermilch und Morb. Barlowii.** B. hat in drei Fällen von Ernährung mit Buttermilch die Barlowsche Krankheit konstatiert. Diese verlief unter dem Bilde der „forme fruste", d. h. es fand sich nur hämorrhagische Nephritis (mit Zylindern). B. ließ schon seit mehreren Jahren allen von ihm künstlich ernährten Säuglingen (auch bei Buttermilch) schon vom sechsten Monate an 3 mal täglich 5—15 Tropfen Früchtesaft (Zitronen- und Apfelsinensaft) darreichen und er sah nie einen Fall von Morb. Barlowii bei seiner eigenen Praxis.

2. **Tetanie und Spasmus glottidis.** Während B. früher niemals diese Erscheinungen sah, konnte er dagegen in den letzten 4 Jahren 15 Fälle beobachten.

Scheltema (Groningen): **Korrektion von pädiatrisch-statistischem Material.**

Milo (Haag): 1. **Demonstration eines neuen Redressor-Osteoklast.**

2. **Demonstration eines Fußsohlspiegel- und Meßapparates.** In einem großen Kasten, überdeckt durch eine Glasplatte, auf welchen sich der Patient hinstellt, befindet sich ein Spiegel diagonal im Kasten angebracht. Der Untersucher steht vor dem Kasten, sieht in dem Spiegel den Grad des Plattfußes und kann die Valgität ablesen.

Graanboom (Amsterdam).

IV. Monats-Chronik.

Berlin. Die **Gesellschaft zur Bekämpfung der Säuglingssterblichkeit** in Berlin, welche nunmehr auf ein $1^1/_2$ jähriges Bestehen zurückblickt, hielt vor einigen Tagen ihre erste Vorstandssitzung in diesem Quartal ab. In der Zusammensetzung des Vorstandes hatten sich seit dessen letzter Sitzung mehrfache Veränderungen vollzogen. Einen schweren, tief beklagten Verlust hatte der Vorstand durch das Hinscheiden des hochverdienten und hochgeschätzten Geh. Ober-Med.-Rates, Generalarztes Prof. Dr. Schaper erlitten. Außerdem waren aus dem Vorstande die Herren Dr. med. C. S. Engel und Obertierarzt Bongert ausgetreten. Für die Ausgeschiedenen sind neu in den Vorstand eingetreten die Herren Geh. Ober-Med.-Rat Dr. Dietrich (vortragender Rat im Kultusministerium) und Dr. med. P. Reyher, Assistent an der Universitätskinderklinik der Kgl. Charité. In der genannten Sitzung beschäftigte sich der Vorstand nach einem Bericht der Vorsitzenden, Frl. B. von Ravenstein, über die Tätigkeit der Gesellschaft im abgelaufenen Sommersemester hauptsächlich mit der Festlegung und Ausgestaltung des zukünftigen Arbeitsplanes der Gesellschaft. Es machte sich das Verlangen nach einer Änderung der bisherigen Tätigkeit insofern geltend, als man fortan bei den anerkennenswerten Bestrebungen der Gesellschaft das Hauptgewicht auf die Förderung der idealsten Ernährung, d. h. der Ernährung des Säuglings an der Mutterbrust, zu legen gewillt war. In der Erkenntnis, daß durch die Zunahme der natürlichen Ernährung, die dem Säugling nicht nur als ein gutes Recht zukommt, sondern ihm auch wie keine andere Ernährung eine gedeihliche Entwicklung sichert, am wirksamsten der Zweck der Gesellschaft erreicht wird, nämlich die bei uns erschreckend hohe Säuglingssterblichkeit auf das mögliche Minimum herabzumindern, beschloß der Vorstand, mit allen verfügbaren Mitteln

zur Hebung der natürlichen Ernährung beizutragen. Er hofft diesen Hauptzweck durch weitgehende Belehrungen über die außerordentlichen Vorzüge der natürlichen Ernährung vor der künstlichen sowie durch materielle Unterstützungen solcher Mütter zu erreichen, welche aus Not nicht in der Lage sind, ihr Kind zu stillen, sich aber bei einer entsprechenden Linderung derselben dazu bereit erklären. Die Unterstützung soll in Gestalt von Stillprämien dargeboten werden. Mütter, welche die obigen Bedingungen erfüllen, können sich an den Wochentagen zwischen 12 und 1 Uhr im Bureau der Gesellschaft, Berlin W., Frobenstraße 26 I, melden.

Daneben will der Vorstand auch auf dem bisher schon beschrittenen Wege, auf die Beschaffung einer allen hygienischen Anforderungen entsprechenden Kuhmilch hinzuwirken, weitergehen.

Alle Freunde dieses Unternehmens, welches nicht allein Pflichten der Wohltätigkeit ausübt, sondern auch nationale Aufgaben erfüllt, insofern als es auf die Erhaltung eines kräftigen gesunden Volksstammes hinwirkt, werden gebeten, an diesem edlen Werke mitzuwirken. (Allgem. mediz. Zentral-Ztg.)

— In der Stadtverordnetenversammlung wurde am 7. Dezember ein Antrag Arons und Genossen auf Errichtung von **Waldschulen für schwächliche Kinder** nach dem Muster von Charlottenburg abgelehnt, dagegen folgender Antrag Sachs angenommen: „Die Versammlung ersucht den Magistrat, in Erwägung zu ziehen, ob nicht auf dem städtischen Waldgelände eine größere Walderholungsstätte, ähnlich wie die Heimstätte für Genesende, für kranke und schwächliche Kinder geschaffen werden könnte, in welcher dieselben längere Zeit verbleiben und daselbst auch noch Unterricht bei ärztlicher Aufsicht genießen."

— Der vor kurzem von Arthur Hartmann erstattete Bericht über die Tätigkeit der **Berliner Schulärzte** im Jahre 1904/05 enthält eine große Fülle interessanten Materials und wird ohne Zweifel zum Ausgangspunkt weiterer Entwicklung auf diesem Gebiete dienen. Er beginnt zunächst mit der Konstatierung einer wenig erfreulichen Tatsache; in keiner Stadt des Deutschen Reiches sind einem Schularzt so viel Klassen unterstellt wie in Berlin; während in Aachen auf 30, in Frankfurt a. M. auf 32, in Magdeburg auf 18, in Hannover schon auf 12 Klassen ein Schularzt entfällt, hat ein solcher bei uns die Fürsorge über 127 Klassen. Man ersieht bereits hieraus, daß in Berlin ganz andere, geringere Anforderungen gestellt werden wie anderswo — es handelt sich hier nur um gesundheitlich minderwertige Kinder, auch bei der Einschulung keineswegs um sämtliche Schulrekruten, sondern lediglich um solche, die bereits dem Rektor oder Schulkommissionsvorsteher als gesundheitlich zweifelhaft erschienen; die übrigen Kinder kommen erst innerhalb der ersten 6 Wochen des Schulhalbjahres zur Untersuchung, was die unangenehme Folge haben kann, daß bereits eingeschulte Kinder wieder zurückgestellt werden. Die Schulärzte haben sich daher bereit erklärt, möglichst alle Kinder einer vorherigen Untersuchung zu unterwerfen, was freilich bei einer auf 8—9 Schulen ausgedehnten Tätigkeit nur schwer durchführbar ist: eine Vermehrung der Schularztstellen ist nicht zu umgehen! Auf jeden Arzt kamen im Berichtjahre nicht weniger als 960 Untersuchungen. Zurückgestellt wurden von 8 mal 562 Schülern 2927 = 8,5 % (gegen 12,3 und 9,7 % in den Vorjahren); in schulärztliche Überwachung wurden genommen 70 mal 1 = 20,4 %. Für die Nebenklassen wurden 702 Kinder untersucht, für die Stottererkurse 320. Diese wenigen Zahlen lassen bereits den Umfang und den hohen Wert der schulärztlichen Tätigkeit erkennen.

Ein weiterer Zweig dieser Tätigkeit ist die Begutachtung der hygienischen Einrichtungen — Zimmer, Bänke, Ventilation, Beleuchtung, Klosettanlage. Auch über den Einfluß gewerblicher Beschäftigung sowie des Alkolholmißbrauches (in einer Schule nahmen 31,9 % der Mädchen, 34,4 % der Knaben täglich Bier, 1,8 % der Mädchen, 4,0 % der Knaben täglich Schnaps zu sich!!) sind Berichte gegeben, ebenso von der wichtigen Bekämpfung der Infektionskrankheiten, insbesondere der Tuberkulose. Desgleichen liegen wertvolle Mitteilungen über die Erkrankungen der Augen, Ohren, der Haut, des Rückgrats, der Nerven (von San.-Rat Dr. Paul Meyer) vor — letzterer Bericht weist namentlich die Entwicklung der Nervenkrankheiten während der Schulzeit deutlich nach. — Hartmann stellt die Forderung auf, daß höchstens sechs Schulen einem Arzt zuerteilt werden sollen; ein Antrag der Stadtverordneten Dr. Arons und Gen. will diese Zahl sogar auf

zwei beschränkt wissen. Jedenfalls spricht der sehr dankenswerte Bericht deutlich für die Notwendigkeit der Vermehrung; ist schon jetzt der Segen dieser Institution unverkennbar, so darf man unbedingt von der weiteren Entwicklung noch erheblichen Nutzen erwarten. Herrn Hartmann gebührt für seine erfolgreiche Tätigkeit auf diesem Gebiete die lebhafteste Anerkennung!

(Berliner klin. Wochenschrift.)

— Dr. Salge, Oberarzt an der Kinderklinik der Charité hat sich an hiesiger Universität habilitiert.

Elberfeld. Die Stadtverwaltung beabsichtigt, zum 1. August 1906 zur **ärztlichen Überwachung der Schulkinder** außer den bisherigen neun Ärzten noch weitere neun Schulärzte und je drei Spezialisten für Augen-, Nasen- und Ohrenkrankheiten anzustellen.

Göttingen. Die Stadtvertretung hat die Mittel für die **Errichtung einer Tuberkulosefürsorgestelle** bewilligt. Die Universität stützt das Unternehmen dadurch, daß in der medizinischen Poliklinik eine besondere Station für an Brustleiden Erkrankte eingerichtet wird. Eigens für die Fürsorgestelle sollen Krankenschwestern angestellt werden, welche die Beziehungen mit tuberkuloseverdächtigen Familien zu pflegen haben. Für die **Begründung eines Kinderhorts** stellte ein ungenannter Wohltäter der Stadtverwaltung 3000 Mk. zur Verfügung.

Leipzig. Der Ärztliche Bezirksverein Leipzig (Stadt) hat die Frage, ob ein **Schularzt** auf Verlangen des Schulvorstandes verpflichtet sei, einem Lehrer ein sein Urlaubsgesuch begründendes ärztliches Attest auszustellen, verneint.

Geschlecht und Gesellschaft. Unter dem Titel „Geschlecht und Gesellschaft" beginnt demnächst im Verlage der Schönheit (Berlin) eine neue, von Karl Vanselow herausgegebene Zeitschrift zu erscheinen, welche unter Mitarbeit der angesehensten Autoritäten den geistigen Mittelpunkt für alle Bestrebungen bilden soll, die zur Klärung und Läuterung der sittlichen Begriffe, zur Aufklärung und Belehrung über das Geschlechtsleben und alle mit ihm in Verbindung stehenden Gebiete in irgend einer Weise beitragen können. Immer mehr kommen die gebildeten Kreise unseres Volkes zu der Überzeugung, daß die bisherige Prüderie und Verschleierung der natürlichen Tatsachen des Geschlechtslebens in keiner Weise geeignet ist, gesunde sittliche Verhältnisse herbeizuführen, daß vielmehr die Unwissenheit in geschlechtlichen Fragen mit den schwersten gesundheitlichen und sittlichen Gefahren verbunden ist und der sinnliche Reiz des Geschlechtlichen durch die unnatürliche Heimlichkeit nur zu krankhafter Höhe gesteigert wird. Seit Jahren bemühen sich einsichtige Eltern und Pädagogen, in den Unterrichtsplan der Schulen und in die häusliche Erziehung eine offene Belehrung über das Geschlechtsleben einzufügen, und auch die kirchlichen Kreise lassen mehr und mehr ihre Bedenken gegen die Aufklärungsbestrebungen fallen, weil sie einsehen, daß die heimliche Aufklärung aus verbotenen und unsauberen Quellen unendlich gefährlicher ist. Auf dem Sittlichkeitskongreß in Magdeburg betonte der Generalsekretär der deutschen Sittlichkeitsvereine, Pastor Lic. Bohn (Plötzensee), man solle in Haus und Schule das unheimliche Schweigen über die sexuellen Fragen brechen. Wie aber sollen die Erwachsenen zu den Kindern reden, wenn sie selbst in völliger Unkenntnis erzogen sind? Die neue Zeitschrift stellt sich die Aufgabe, eine harmonisch vielseitige Bildung in allen geschlechtlichen Fragen ohne Prüderie, aber mit sittlichem Ernst in streng vorurteilsfreier und parteiloser Weise zu vermitteln. Mit „Geschlecht und Gesellschaft" wird in einem Beiblatt „Sexualreform" das Organ der „Vereinigung für Sexualreform" verbunden sein, welcher hervorragende Künstler und Gelehrte, Ärzte und Juristen angehören, die zum Teil in einflußreichen, öffentlichen Stellungen sind, wo sie die Notwendigkeit einer Besserung auf dem Gebiete der geschlechtlichen Gesellung und Gesittung klar erkannt haben. Dadurch wird den Lesern die Möglichkeit geboten, in schriftlicher und mündlicher Aussprache mit Fachmännern und gebildeten Fra uenihre persönlichen Ansichten und Erfahrungen zu besprechen. — Die neue Zeitschrift erscheint monatlich im Umfange von ca. 100 Seiten in sehr vornehmer Ausstattung. Die Bezugsgebühr beträgt halbjährlich 4,50 Mk., der Preis einzelner Hefte 80 Pf.

Verantwortlicher Redakteur: Dr. Eugen Graetzer in Sprottau. — Verlag von Johann Ambrosius Barth in Leipzig. — Druck von Metzger & Wittig in Leipzig.

Centralblatt für Kinderheilkunde.

Eine Monatsschrift für praktische Ärzte.

XI. Jahrgang. 1. März 1906. No. 3.

I. Originalbeiträge.

Aus der Prof. Dr. Vulpiusschen orthopädisch-chirurgischen Klinik in Heidelberg.

Über die Behandlung rachitischer Verkrümmungen.

Von

Prof. Dr. **Oscar Vulpius.**

(Nach einem klinischen Vortrag.)

M. H.! Wir haben bei Besprechung der Ätiologie gesehen, welche wichtige Rolle die Rachitis in der Genese der Deformitäten spielt. Und dies nicht nur bei Kindern — müssen wir doch auch bei vielen Verkrümmungen Adoleszenter die Möglichkeit erwägen, daß eine früher durchgemachte Rachitis auch für spätere Zeit im Skelett eine Prädisposition zur Deformierung zurückgelassen hat.

Aus diesem Grunde müssen unsere prophylaktischen Bemühungen hinsichtlich der Deformitätenverhütung sich auf einen längeren Zeitraum als nur den Ablauf der floriden Rachitis erstrecken, wenn gleich dieses Stadium natürlich unsere größte Aufmerksamkeit erfordert. Eine richtige Prophylaxe aber setzt die Kenntnis vom Zustandekommen der rachitischen Verkrümmung voraus.

In erster Linie steht da natürlich das Mißverhältnis zwischen Beanspruchung des Knochens und seiner Widerstandskraft bzw. Tragfähigkeit.

Der abnorm plastische Knochen ist schon der normalen Belastung nicht gewachsen, er biegt sich. Daß hiermit nicht alle Deformitäten erklärt sind, liegt auf der Hand. Wie entsteht die Verkrümmung an der oberen Extremität, wie am Bein, das noch nie zum Stehen und Gehen benutzt wurde? Hier müssen wir an die Wirkung des Muskelzuges denken. Allerdings leiden unter der Rachitis bekanntlich auch die Muskeln, welche welk und schlaff erscheinen. Sind einzelne Muskeln stärker atrophisch, so überwiegt der Antagonistenzug und krümmt den Knochen. Die Verbiegungsrichtung weist bei den rachitischen Deformitäten meist auf eine Präponderanz der Flexoren hin.

Und der Ausschlag dieser einseitigen Muskeltätigkeit wird wohl noch begünstigt durch die Laxität der rachitischen Gelenke, welche sich bisweilen mit dem Schlottern paralytischer Gelenke vergleichen läßt.

Aus diesen mechanisch-ätiologischen Erwägungen ergibt sich für unsere prophylaktische Tätigkeit, abgesehen von der Bekämpfung der

Knochenweichheit einmal die Verhütung von Belastung, ferner aber die energische Pflege der Muskulatur mit Massage, spirituösen Abreibungen u. dgl.

Werden wir erst zu Rate gezogen, wenn die Deformität bereits in Erscheinung getreten ist, was soll dann geschehen?

Wir kommen da zuerst auf die Frage der Spontanheilung rachitischer Verkrümmungen zu sprechen. Unsere Erfahrungen stimmen mit denen anderer Beobachter darin überein, daß nicht selten solche Kurvaturen während des Wachstums abnehmen und bis zum 5. oder 6. Lebensjahre verschwinden können. Ob dies eintreten wird, läßt sich allerdings im einzelnen Fall nie sicher vorhersagen. Wir haben nicht nur an Femur und Tibia bzw. bei Deformitäten des Kniegelenkes, sondern gelegentlich sogar an rachitischen Skoliosen derartige spontane und erhebliche Besserung feststellen können.

Ist die Deformität hochgradig oder ist die genannte Altersgrenze überschritten, dann jedenfalls sind wir gezwungen, aus der zuwartenden Haltung herauszutreten. Eine andere Frage ist die, ob wir zu aktivem Eingreifen nicht zu einem früheren Zeitpunkt schon berechtigt sind.

Diese Frage pflege ich in der Praxis dann zu bejahen, wenn die Angehörigen die rasche und sichere ärztliche Hilfe der langsamen und unzuverlässigen natürlichen Selbsthilfe vorziehen, ferner wenn das längere Bestehen der Deformität sekundäre Schädigungen nach sich zieht, wenn z. B. Verkrümmung im Bereich des Kniegelenkes Klumpfuß oder Plattfuß zu erzeugen droht, immer natürlich unter der Voraussetzung, daß die Rachitis fast oder völlig ausgeheilt ist.

Überblicken wir rasch die Hilfsmittel, welche uns zur Beseitigung von Verkrümmungen zu Gebote stehen, unter vergleichender Bewertung ihrer Wirksamkeit.

Der portative Apparat wird vielfach verwendet, um verkrümmte Extremitäten zu stützen und mit Hilfe von Gurten, elastischen Zügen u. dgl. korrigierend auf die Kurvatur zu wirken. Ich persönlich schätze die redressierende Kraft eines beliebigen orthopädischen Apparates nicht besonders hoch ein, erblicke vielmehr die wesentliche Indikation der Apparatbehandlung überhaupt in der Fixation und Entlastung von Gelenken und Knochen.

Die Belastung eines Rachitikers mit Apparaten und die schädigende Nebenwirkung der letzteren auf Blutumlauf und Muskulatur scheinen mir Momente zu sein, welche auf eine möglichste Einschränkung ihrer Anwendung hinweisen. Auf Ausnahmefälle und auf die Applikation redressierender Nachtschienen und Lagerungsapparate kommen wir später zu sprechen.

Unter den rascher wirkenden, chirurgischen Methoden sei zuerst erwähnt das unblutige Redressement, das vor allem in Betracht kommt bei sog. Gelenksdeformitäten. Dieser Eingriff erzwingt die Geraderichtung der Extremität durch Dehnung der konkavseitigen Weichteile, insbesondere der Gelenkkapsel und -Bänder. Dadurch muß zunächst ein Schlottergelenk entstehen, das weiterhin durch Richtungsveränderung des Knochenwachstums mit Hilfe der Transformationskraft allmählich verschwinden soll, indem der umgebildete Knochen gewissermaßen den keilförmig klaffenden Gelenkspalt aus-

füllt. Dazu gehören aber oft viele Monate, und auf so lange Zeit das betreffende Gelenk zu fixieren, ist gewiß nicht ganz harmlos. Wir sind also dann doch gezwungen, den starren Verband durch einen Schienen- oder Hülsenapparat zu ersetzen, haben an Zeit wohl einiges, an Kosten nichts gespart.

Wo Zeit und Kosten in Rechnung gestellt werden müssen bei der Wahl des therapeutischen Verfahrens, oder wo die Lokalisation der Deformität das Redressement so gut wie ausschließt (Diaphysenverbiegung), da steht uns die gewaltsame Kontinuitätstrennung des krummen Knochens zur Verfügung. Wir können der Fraktur subkutan erzeugen mit Hilfe der Osteoklase, wir können den Knochen blutig durchtrennen mit der Osteotomie.

Welche sind die maßgebenden Gesichtspunkte für die Bevorzugung dieser oder jener Methode?

Die subkutane Fraktur ist die ungefährlichere Bruchform, diese Tatsache scheint gegen die Osteotomie zu sprechen. Allein es handelt sich nicht um einen Bruch, sondern zuerst um ein Zerbrechen. Das unblutige Zerbrechen aber setzt eine nicht unerhebliche Quetschung der Weichteile, die Lokalisation des Bruches liegt nicht ganz sicher in unserer Macht, namentlich wenn wir manuell arbeiten. Ein Osteoklast ist ein teurer Apparat, den der praktische Arzt sich kaum anschaffen mag. Der Vorteil, welchen also die Osteoklase gerade für den praktischen Arzt auf den ersten Blick hat, hält bei genauem Zusehen nicht stand.

Die Osteotomie andererseits bedingt eine so kleine Wunde, ein so geringes Instrumentarium so wenig Manipulationen, daß die Asepsis leicht zu wahren, die Gefahr der Operation d. h. der einfachen queren Knochendurchmeiselung kaum zu berücksichtigen ist, daß also das Verfahren auch dem praktischen Arzt zugänglich ist.

Mag man bei Diaphysenverbiegungen zwischen Osteoklase und Osteotomie schwanken, bei Gelenkdeformitäten ist die letztere meines Erachtens entschieden vorzuziehen, speziell im Bereich des Hüftgelenkes kann sie allein in Betracht kommen.

Und wenn wir vollends aus irgendwelchen Gründen, sei es unter Berücksichtigung der vorzunehmenden Dislozierung der Fragmente oder behufs Verlängerung des deformierten Knochens, nicht eine Querfraktur, sondern eine schiefe Bruchlinie anstreben, dann kann uns diese nur die blutige Operation liefern.

Dem chirurgisch geschulten Orthopäden dürfte nach meinem Empfinden die letztere an sich sympathischer sein als das barbarische Zerbrechen des Knochens.

Solche Erwägungen führten mich zu dem Standpunkt, daß ich für die Osteoklase nichts übrig habe, sondern regelmäßig und überall osteotomiere.

Wir wollen nach diesen allgemeinen Erörterungen die wichtigsten rachitischen Deformitäten an uns vorüberziehen lassen und jeweils mit wenigen Worten die Therapie skizzieren.

Die rachitische Kyphose, meist in der Lendenwirbelsäule lokalisiert, kommt als früheste rachitische Deformität beim Tragen und Sitzen des kleinen Patienten zur Entwicklung.

Vermeiden des verfrühten Sitzens, zweckmäßige Lagerung bei Tag und Nacht auf harter Unterlage oder in einem lordosierenden Gipsbett, Kräftigung der Rückenmuskeln durch Massage beseitigt die Deformität mit großer Sicherheit.

Prognostisch viel ungünstiger ist dagegen die rachitische Skoliose zu beurteilen, woran die vereinzelten Fälle spontaner Besserung nichts zu ändern vermögen. Liegt doch hier die ganze Wachstumsperiode vor uns, welche eine ebenso lange dauernde Überwachung und Behandlung des jederzeit mit Verschlimmerung drohenden Leidens erfordert!

In den ersten Lebensjahren müssen wir uns mit Massage, Suspension, Lagerung während der Nacht und überhaupt während der Bettruhe in einem möglichst überkorrigierenden Gipsbett begnügen.

Ein Stützkorsett, mag man über dessen Wert unter anderen Umständen abfällig urteilen, ist nicht zu entbehren bei rachitischer Skoliose von Kindern, die bereits viel sitzen, aber noch zu klein sind, um Heilgymnastik zu treiben. Letztere ist ausgiebig anzuwenden, sobald der Intellekt des Patienten es zuläßt.

Ich halte daran fest, daß während der Sitzarbeit, während der Schulstunden der deformierten Wirbelsäule die Korsettstütze nicht entzogen werden soll, bin aber ebenso fest überzeugt, daß ein Korsett allein die Skoliose nicht heilen kann. Sorgfältige Regelung der ganzen Lebensweise, Kräftigung der gesamten Muskulatur durch vernünftig betriebenen Sport, orthopädische Behandlung der Wirbelsäulenverkrümmung — Hausarzt, Schularzt und Spezialarzt haben, wie schon gesagt, in dieser Hinsicht während des ganzen Wachstums viel zu tun.

Wir wenden uns zur unteren Extremität, an welcher die Belastungsdeformitäten natürlich in erster Linie entstehen.

Merkwürdigerweise findet sich am kindlichen Hüftgelenk die Coxa vara, die Schenkelhalsverbiegung in reiner Form selten. Meist wird eine solche Abknickung und der konsekutive Trochanterhochstand vorgetäuscht durch eine Verbiegung des Femurschaftes. Diese nach vorne und außen konvexe Krümmung des Oberschenkelknochens kann sich auf die Tibia fortsetzen und dadurch zu beträchtlichem Genu varum führen. Aus technischen und kosmetischen Gründen empfiehlt es sich in solchen Fällen gewöhnlich, die Osteotomie suprakondylär auszuführen, selbst wenn wir uns damit entgegen der Regel nicht an den Krümmungsscheitel halten.

Auch bei Genu valgum bevorzuge ich die Durchmeiselung an der genannten Stelle, auch wenn die Tibia gleich großen Anteil an der Deformität hat wie das Femur.

Den Träger eines leichten Genu valgum verschone ich entsprechend meiner oben begründeten geringen Neigung für Apparatbehandlung mit Schienenapparaten. Eine Erhöhung der Stiefelsohle am Innenrand wirkt auf die Belastungsverhältnisse des deformierten Kniegelenkes günstig ein und ist doppelt nützlich, weil Genu valgum und Knick-Plattfuß sich ungemein häufig kombiniert vorfinden.

Während der Nacht werden einfache Schienenvorrichtungen allerdings getragen, welche ein recht energisches Redressement gestatten. Da das leichte Genu valgum der früher erwähnten Spontanheilung

entschieden zuneigt, so glaube ich recht zu handeln, wenn ich Eltern und Kindern die Schienenquälerei erspare. Ernstere Fälle aber schließe ich erst recht von der endlosen Schienenbehandlung aus, unterziehe dieselben vielmehr, die Ausheilung der Rachitis vorausgesetzt, der suprakondylären Osteotomie, sehr ausnahmsweise der oberen Tibiaosteotomie — und das Resultat ist nach 8 bis 10 Wochen vollständige anatomische und funktionelle Heilung. Ein Mißlingen habe ich niemals erlebt, habe aber immer die Dankbarkeit der Eltern auf meiner Seite gehabt, namentlich wenn diese Gelegenheit hatten, an schienenbehandelten Kindern Vergleiche hinsichtlich Kurdauer, Aufwand und Erfolg anzustellen.

Über die Behandlung der mannigfachen Deformitäten der Tibia habe ich wenig Bemerkenswertes zu sagen und möchte nur betonen, daß wir meist die Achillotenotomie der Osteotomie anschließen, um eine leichte und völlige Stellungskorrektur zu erzielen. Wenn von manchen Seiten über Rezidive der Deformität geklagt wird, so glaube ich dafür die Unterlassung dieser ebenso geringfügigen als einflußreichen Nachoperation haftbar machen zu dürfen. Übrigens sei zugunsten der letzteren auch noch angeführt, daß sie nicht nur Distraktion der Fragmente, d. i. die Krümmungssegmente an sich erleichtert, sondern auch die früher viel geübte Keilresektion aus der Tibia völlig überflüssig macht. Unter Hunderten von Fällen hat sich uns diese immerhin verstümmelnde Operation nur ein einziges Mal bei einer monströsen Verbiegung als notwendig erwiesen.

Ist so der Eingriff bei rachitischer Deformität des Schienbeines einfach und typisch, so kann die Sachlage sich geradezu verzweifelt gestalten beim Vorhandensein mehrfacher Verkrümmungen — Femur varum, Genu valgum, Tibia vara, Torsion der Knochen —, welche die Beine Korkziehern ähnlich machen.

Die Korrektur der einen Kurvatur oder Knickung vermehrt die benachbarte, und erst multiple Osteotomien in wiederholter Sitzung führen zum Ziel.

Wir haben vorhin schon den bei Rachitikern ungemein häufigen Knick-Plattfuß erwähnt. Meist genügt orthopädisches Schuhwerk und eine getriebene Einlage, zu der wir am besten Aluminium verarbeiten, — aber den Einzelfall angepaßte Handarbeit, keine nach Nummern gewählte Fabrikware! — um die Adduktion und Supinationsstellung des Fußes, die Höhlung der Fußsohle wiederherzustellen.

Gelegentlich bieten wohl stark schlotternde Sprunggelenke die Gelegenheit, durch operative Fältelung und Verkürzung erschlaffter Sehnen, insbesondere des Tibialis posticus, die Heilung zu beschleunigen.

Indem wir unsere kurze Besprechung, welche für Sie, m. H.. nur eine Übersicht, kein vollständiges Bild, keine Detailmalerei bieten sollte, beschließen, sei nochmals als Leitschnur unserer Therapie betont, daß wir nicht rachitische Krümmungen allein, sondern rachitische Kinder zu behandeln haben, daß also die Allgemeinbehandlung für das Gelingen unserer örtlichen Eingriffe unerläßliche Voraussetzung ist.

II. Referate.

Hans Curschmann, Über Rachitis tarda. (Mitteilungen aus den Grenzgebieten. 1905. Bd. 14. S. 341.) C. teilt einen typischen Fall von Rachitis tarda aus der medizinischen Klinik in Heidelberg mit. Ein 18jähriges Mädchen, das früher nie krank, bzw. nicht rachitisch gewesen ist, hört mit ca. 14 Jahren auf zu wachsen. Mit 17 Jahren rasch Schmerzen beim Gehen, Epiphysenauftreibung an den Rippen, rachitischer Rosenkranz, typisches rachitisch plattes Becken, starke Auftreibung besonders der distalen Epiphysen der oberen und unteren Extremitäten, vor allem der Vorderarme und der Unterschenkel, schließlich mehr oder weniger starke Verkrümmung der langen Röhrenknochen, besonders der Tibien.

Auf Bettruhe, Phosphorlebertran, Salzbäder kommt es innerhalb von 2—3 Monaten zum Stillstand des Leidens und Rückbildung einiger objektiver Veränderungen, vor allem aber zu einer außerordentlichen Hebung des Allgemeinbefindens.

Osteomalacie, kongenitale Lues, ein Spinalleiden konnten mit Bestimmtheit ausgeschlossen werden.

Nach Beschreibung eines zweiten leichteren Falles von Rachitis tarda bespricht C. die Klinik der Krankheit und weist dann auf die schwierig zu deutenden Fälle hin, bei welchen die Rachitis monosymptomatisch auftritt und unter dem Bilde einer Coxa vara, eines Genu valgum oder varum in Erscheinung tritt. Ein Fall, in welchem sich aus dem Bilde einer allgemeinen Spätrachitis besonders das Genu valgum hervorhebt, wird ausführlich mitgeteilt. Auf Grund dieses Falles erhebt C. die Forderung, daß bei jedem Fall von Genu valgum und varum adolescentium (besonders im Initialstadium) eine spezifisch interne Behandlung der Rachitis in Gestalt von Bettruhe, Phosphor, Lebertran, event. Hydrotherapie eingeleitet wird.

Hugo Starck (Karlsruhe-Heidelberg).

A. Schütz (Budapest), Über den Einfluß des Chlors auf die Kalkausnützung beim Säugling. (Aus der Univers.-Kinderklinik in Breslau.) (Deutsche med. Wochenschrift. 1905. Nr. 52.) Bunges Kochsalztheorie ist bekannt. Zweifel griff später auf dieselbe zurück. Da die Mütter zumeist ungesalzenes Brot genießen, sinke der Salzgehalt der Milch unter das erforderliche Maß; die Chlorarmut der Milch habe nun eine verminderte Salzsäureproduktion und diese wieder eine ungenügende Auflösung der aufgenommenen Kalksalze zur Folge. Aus seinen Versuchen läßt sich freilich die Notwendigkeit der Kochsalzbeigabe zur Säuglingsnahrung nicht erhärten. Raudnitz vertritt die Anschauung, daß Salzsäurezufuhr die Resorption der Kalksalze nicht begünstige.

S. versuchte seinerseits den Einfluß der Salzsäure auf den Kalkstoffwechsel durch weitere Stoffwechselversuche festzustellen, da einerseits, wie gesagt, die Wirkung großer Mengen Kochsalzes bei den Zweifelschen Versuchen keineswegs erhärtet wurde, andererseits die Kochsalzzugabe zur Milch als Prophylaktikum gegen Rachitis immer mehr Anhänger gewinnt. S. stellte also selbst zwei Versuche an und

wählte dabei als Form der Chlordarreichung, wie Raudnitz, Salzsäure, da neuere Beobachtungen ergeben haben, daß Kochsalzzugabe auf die Magensaftsekretion und Eiweißverdauung störend einwirkt. Auch diese Versuche ergaben das Resultat, daß die Salzsäure auf den Kalkstoffwechsel des Säuglings keinen Einfluß ausübt.

Grätzer.

Mme. M. Derscheid Delcourt (Paris), Le traitement du mal de Pott au moyen de la plaque pottique à ressort. (Archives de méd. des enfants. Octobre 1905.) Die Verfasserin weist darauf hin, daß die Calotsche Methode der Kyphosenbehandlung, welche anfangs mit Enthusiasmus von allen aufgenommen worden ist, jetzt ziemlich vernachlässigt wird, nachdem die Resultate oft schlechte sind; viele Fälle zeigen nach einiger Zeit Rezidive, bei anderen trat allgemeine Tuberkulose auf, in den leichteren Fällen entwickelte sich schwerer Decubitus der betroffenen Teile. Daher ist die vorsichtige Redressierung in der Narkose vorzuziehen und in der ersten Sitzung nur so weit vorzugehen als sich ohne große Kraftanwendung geraderichten läßt. Bei Anlegung des Gipsverbandes wird, je nach Größe der Gibbosität, eine von der Verfasserin speziell konstruierte, gut gepolsterte Pelotte eingelegt, welche in Verbindung mit einer federnden Spange ist, so daß der Patient in Rückenlage auf derselben zu liegen kommt, wodurch ein kontinuierlicher, elastischer Druck auf die Kyphose ausgeübt wird. Beigegebene Illustrationen zeigen die Konstruktion dieser Pelotte und die Art ihrer Anlegung. Die Immobilisierung muß wenigstens 1 Jahr lang in konsequenter Weise durchgeführt werden und soll der Gipsverband alle 4—6 Wochen erneuert werden. Das Kind liegt auf einer harten Unterlage, Tisch oder Fußboden, wodurch die Wirkung der federnden Pelotte besser zur Geltung kommt und auch eine forcierte Lordose zustande kommt, welche für die Redressierung von Vorteil ist. Der Aufenthalt an der Meeresküste ist vorzuziehen, doch ist auch Landaufenthalt von gutem Einfluß. Während der ganzen Behandlungsdauer darf die aufrechte Stellung und das Gehen nicht erlaubt werden und auch später soll jahrelang, sowohl bei Tag, als auch bei Nacht ein Korsett, am besten von Zelluloid getragen werden. Späterhin, wenn die Konsolidierung bereits vollständig ist, kann das Mieder während der Nacht abgelegt und durch eine breite Flanellbinde ersetzt werden. Auf kräftige, reichliche Nahrung, Verabreichung von Lebertran usw. ist großes Gewicht zu legen.

E. Toff (Braila).

Rudolf Klapp, Die Anwendung der mobilisierenden Wirkung der Hyperämie auf skoliotische Versteifungen. (Zeitschrift f. Chirurgie. Bd. 79. Heft 4—6. S. 543.) In der Bonner chirurgischen Klinik wird nach Klapps Mitteilung seit einiger Zeit die Heißluftapplikation bei mäßig oder wenig versteifter Skoliose vor jeder orthopädischen Turnstunde benutzt, um die Patienten geschmeidig zu machen, so daß sie sich bei dem nachfolgenden Turnen in ausgiebigerem Maße bewegen können. Der Heißluftkasten zur Mobilisierung von Skoliosen ist so eingerichtet, daß die Kranken ihren Rücken in einen Ausschnitt hineinhalten. In dem für die Bonner

Klinik angefertigten Kasten finden fünf Patienten Platz. Die Heizung des Heißluftkastens wird von einem starken Gaskranz erzeugt, welcher von einem Kupfermantel allseitig gestützt wird und den Heizstrom nur nach der im oberen Teil des Mantels angebrachten Öffnung loswerden kann. Diese Öffnung ist von einer runden Kuppel so überdacht, daß der gegen die hohle Kuppel fahrende Heißluftstrom seitlich und nach unten abgelenkt wird. Diese Heißluftvorrichtung ist in der Mitte eines großen fünfeckigen Kastens angebracht, an dessen Seiten sich für die Rücken die Öffnungen befinden, deren Ränder mit dicken Polstern aus Filz beschlagen sind, welche den genauen Abschluß herstellen sollen. Unter jeder Öffnung steht ein gepolstertes Stühlchen, auf welchem die Patienten Platz nehmen; sie schmiegen ihren Rücken in die gepolsterten Öffnungen und setzen ihn so der Einwirkung der heißen Luft aus.

Die Heißluftapplikation tritt in der Bonner Klinik an die Stelle der Massage, die sie nach K.s Beobachtungen völlig zu ersetzen oder noch zu übertreffen scheint. Joachimsthal (Berlin).

Drehmann (Breslau), Über Cervicodorsalskoliose und Halsrippe. (Allgem. med. Zentral-Ztg. 1906. Nr. 2.) Auf Grund seiner Untersuchungen an 10 Fällen kommt D. zu folgenden Schlußfolgerungen:

Es gibt hier und da vorkommende Fälle einer primären, auf wenige Wirbel beschränkten Cervicodorsalskoliose, welche einen entschieden hereditären Charakter zeigen. Fälle ohne Anomalien der Rippenzahl scheinen äußerst selten zu sein. Meistens besteht auf der konvexen Seite am Halse eine überzählige Rippe. Am häufigsten ist diese nicht als einfache Halsrippe zu deuten, sondern es handelt sich um das Einsprengen eines keilförmigen Wirbelrudimentes, welches eine einseitige Rippe trägt. Das Rudiment befindet sich stets am Übergang der Hals- in die Brustwirbelsäule. Ein kompensatorisches Wirbelrudiment findet sich zuweilen am Übergang der Brust- in die Lendenwirbelsäule auf der entgegengesetzten Seite. Unter den angeborenen Skoliosen sind derartige Fälle noch nicht hinreichend beschrieben. Bei den bis jetzt beschriebenen handelte es sich meistens um Einsprengungen an der Lenden- oder mittleren Brustwirbelsäule. Verwechslung der genannten Skoliose im ersten Lebensjahre mit Caput obstipum muß vermieden werden.

Die Halsrippe ist nicht als ätiologisches Moment anzusehen, da auch bei der Skoliose mit unkomplizierter Halsrippe eine familiäre Anlage nicht auszuschließen ist. Grätzer.

J. van den Burgh, Torticollis ocularis. (Ned. Tydsch. v. Geneesk. 1905. Bd. 2. S. 365.) B. beschreibt einen Fall von Torticollis bei einem $5^1/_2$ jährigen Kinde. Es ergab sich, daß das Caput obstipum Folge eines vorhandenen Strabismus paralyticus war. Schon im Säuglingsalter war der Torticollis konstatiert. Im Alter von $1^1/_2$ Jahr Tenotomie des Sterno-cleido. Diese blieb ebenso wie die später eingeleitete orthopädische und heilgymnastische Behandlung ohne jeden Erfolg. Durch B. wurde dann später der Fall

als ein Caput obstipum sinistro-versum erkannt, als Folge eines Strabismus. Nach der Operation dieses Strabismus (Tenotomie des linken Musculus rectus inferior) trat prompte Heilung des Strabismus und auch des Caput obstipum ein. Graanboom (Amsterdam).

Hans Spitzy, Die Obturatorius-Cruralisplastik. (Aus den Grenzgebieten der Chirurgie und Neurologie.) (Zeitschr. f. orthopäd. Chir. Bd. 14. Heft 1.) Die Topographie der Lähmung des Nervus cruralis sowie der Versuch, ihn vom Nervus obturatorius her zu neurotisieren, bildet an der Hand von Tierversuchen, Leichenextremitäten sowie von zwei bereits am Menschen ausgeführten Operationen den Vorwurf der vorliegenden Arbeit.

Es kann nach S. ohne Schaden der ganze oberflächliche Obturatoriusast bzw. dessen Zweige zur Plastik verwendet werden; denn der vom tiefen Ast versorgte mächtige Musc. adductor magnus genügt noch immer reichlich zur Ausführung der Adduktionsbewegung bei dem ohnehin funktionsschwachen Bein. Die Art der Plastik ist die einer zentralen Implantation. Das zentrale Ende des bahngebenden Nervus obturatorius wird in den gelähmten Cruralis eingepfropft. Der Hautschnitt wird 6 cm lang vom Leistenband nach abwärts und etwas nach außen von der fühlbaren Arteria femoralis geführt. Einige quer ziehende zur Vena saphena führende Nerven müssen vor ihrer Durchschneidung ligiert werden, ebenso die Arteria und Vena circumflexa ilium superficialis knapp an ihrem Abgange von den Hauptgefäßen unterbunden werden, da eine wegen der Nähe des Hauptstammes mit großer Wucht auftretende Blutüberschwemmung die Auffindung der Nervenäste sehr erheblich behindert. Wenn man sich bei der Präparation immer lateral an den M. ileopsoas hält, kann man den Cruralisstamm freilegen, ohne überhaupt die großen Gefäße zu Gesicht zu bekommen. Wichtig ist, den Nerven bis knapp unter das Poupartsche Band freizupräparieren. Ein zweiter Schnitt, etwas länger, zieht vom Tubercul. pub. nach abwärts parallel und etwas medial von der leicht durchzufühlenden Sehne des Adductor longus. Sogleich nach Durchtrennung der Haut kommt die weißglänzende Sehne des M. adductor longus zum Vorschein und dient bei dem weiteren Vorgehen als Wegweiser. Nach der Ligatur der querziehenden Arter. und Ven. puden. öffnet man die Adduktorenfaszie, geht zwischen den M. pect. und Adduct. long. ein, zieht sie mit Haken auseinander und hat nun die Verzweigung des Obturatorius vor sich liegen. Man kann leicht den zum Gracilis ziehenden Ast sowie die langen zum Adductor longus und brevis ziehenden Äste isolieren; sie werden knapp vor ihrem Eintritt in die Muskeln abgeschnitten, möglichst zart am anhaftenden Bindegewebe erfaßt, dürfen niemals gequetscht oder geknickt werden und sind möglichst hoch hinauf zu mobilisieren. Die zu einem Bündel vereinigten Nervenäste werden mit einem dünnen Faden möglichst perineurol mit einer Längsschlinge gefaßt und mit Hilfe einer geraden Nadel durch einen mit einem stumpfen Instrument vorsichtig über dem Gefäßpaket gemachten Tunnel gezogen und in einem mit einem kleinen Tenotom gemachten Längsschlitz des lateralen Anteiles des N. cruralis mit nach abwärts gerichtetem Querschnitt implantiert und

hier durch eine lockere längsgerichtete Schlinge (Seide oder Catgut) fixiert. Dabei ist wichtig, daß keine Spannung besteht; denn gezerrte Nerven sind in nicht geringerer Gefahr wie gequetschte. Nach Schluß der Hautwunde werden Extremität und Becken durch einen Gipsverband fixiert.

Die Operation ist am Menschen unschwer auszuführen. Schlägt der Versuch fehl, so bleiben in den Sehnenplastiken weitere Mittel, den Mobilitätsausfall zu korrigieren. Es ist ohnehin meist nötig, der passiven Überdehnung der gelähmten Muskeln vor der Nervenplastik oder zugleich mit derselben durch entsprechende Verkürzungen abzuhelfen. Joachimsthal (Berlin).

v. Hacker, Über Sehnenverlängerung und die Verwendung eines dreistufigen Treppenabschnittes bei derselben. (Arch. f. Orthopädie, Mechanotherapie und Unfallchirurgie. Bd. 2. S. 279.) H.s Modifikation besteht darin, daß die Durchtrennung der Sehne statt in zwei Stufen, wie nach Bayers Methode, in drei Stufen durchgeführt wird. Maßgebend war dabei die Absicht, nach der Verlängerung eine breitere Sehne zu erzielen als nach dem Bayerschen Verfahren, bei dem die Sehne bei querer Schnittführung die Hälfte des ursprünglichen Querschnittes einbüßt. Vom Sehnenrand ab gerechnet folgt auf den ersten Querschnitt ein Längsschnitt und dann in weiterer Folge wieder Querschnitt, Längsschnitt und Querschnitt in Stufenform. Die dadurch in zwei Stücke zerfallende Sehne wird nun um eine Stufe der Länge nach verschoben. Es lassen sich danach die Sehnenstücke wieder stufenförmig aneinanderlegen und nicht nur die Quersondern auch die Längsschnitte mit Nähten vereinigen. Die Breite der Sehne würde zwei Drittel der ursprünglichen Sehne betragen.

Joachimsthal (Berlin).

H. Alapy, Die Behandlung der schweren Formen des Pes varus mit keilförmiger Resektion. (Orvosi hetilap. 1905. Nr. 11.) Aus der Fußwurzel wird ein Keil mit einer Basis von $1\,^1/_2$—3 cm ausgemeißelt; nach diesem Eingriff werden die sehnigen Gebilde korrigiert. Die Nachbehandlung besteht aus Bädern, Massage, Turnen, passiven und aktiven Bewegungen. Ernö Deutsch (Budapest).

Hofmann (Graz), Ursachen und Bedeutung der Stellung des Fußes in Pro- oder Supination bei fungöser Erkrankung des unteren Sprunggelenks. (Bruns Beiträge zur klin. Chirurgie. Bd. 46. Heft 3.) Verf. hat festgestellt, daß eine Fixation des Fußes in bestimmter Stellung auch immer einer bestimmten Lokalisation des Krankheitsprozesses entspricht. Und zwar stellt sich der Fuß bei Erkrankung des Talonaviculargelenks in Pronationsstellung. Beobachtet wird diese Fixation des Fußes vorwiegend, wenn bereits Zerstörungen der Gelenkkörper vorliegen. Auch experimentell ließ sich durch Injektion der verschiedenen Gelenke die entsprechende Stellung erzielen. Vulpius-Ottendorff (Heidelberg).

K. Försterling, Über isolierte, subkutane Fissuren der langen Röhrenknochen. (Aus dem städtischen Krankenhaus I in Hannover.) (Deutsche med. Wochenschrift. 1905. Nr. 41.) F. beob-

achtete zwei Fälle. Der erste betraf ein 7jähriges Kind, dem eine Matratze auf den rechten Unterschenkel gefallen war, der zweite einen 2 Jahre alten Knaben, der einige Treppenstufen hinabgefallen war. Beide Patienten konnten nicht auftreten, hatten eine leichte, umschriebene, druckempfindliche Schwellung über der Tibia und auch spontan heftige Schmerzen daselbst. Die Röntgenaufnahmen zeigten, daß es sich um Fissuren der Tibia handelte.

Solche Fissuren sind offenbar gar nicht so selten. Vor Entdeckung der Röntgenstrahlen waren sie kaum zu diagnostizieren; man betrachtete die Fälle einfach als Kontusionen, und es wird so manche erhebliche Funktionsstörung und lange Heilungsdauer solcher Kontusionen nun erklärlich. Denn solange nicht eine knöcherne Vereinigung des Knochensprungs eingetreten ist, bleibt jede Belastung desselben, sei es durch Druck oder Zug, schmerzhaft. Ist eine stärkere Funktionsstörung an einem Gliede vorhanden, die zu dem geringen objektiven Befunde in krassem Widerspruch steht, so muß man an eine Fissur denken. Die Extremität ist völlig gebrauchsunfähig wie bei einer Fraktur. Das übrige Bild jedoch ist nur das einer Kontusion: geringe, umschriebene Schwellung und Schmerzhaftigkeit, Freisein der nächstliegenden Gelenke, nichts von Krepitation, Dislokation oder abnormer Beweglichkeit. Selbstverständlich ist damit die Diagnose noch nicht gesichert; diese bringt erst die Röntgenuntersuchung, aber nicht bloße Durchleuchtung, sondern eine Aufnahme, die von zwei Seiten gemacht wird, da unter Umständen die Fissur bei Durchleuchtung nur von einer Seite nicht zu sehen ist.

Die Prognose solcher Fissuren ist gut; sie heilen rasch unter Ruhigstellung des Gliedes. Grätzer.

Fritz Spieler, Über eine eigenartige Osteopathie im Kindesalter. (Zeitschr. f. Heilkunde. 1905. Bd. 26. Heft 6. S. 206.) Es handelt sich in Sp.s Falle um einen weder hereditär noch familiär nachweislich belasteten 3jährigen Knaben, bei dem sich seit seinem 15. Lebensmonate allmählich zunehmende schmerzhafte Verdickungen und eigentümliche Verkrümmungen der langen Röhrenknochen, bedeutende Auftreibungen der Knie- und Sprunggelenke sowie typische Trommelschlägelfinger und -zehen entwickelt haben. Die Knochenverdickungen sind — wie das Röntgenbild zeigt — durch schalenartig die Extremitätenknochen umschließende Auflagerungen neugebildeten Knochengewebes bedingt und betreffen fast ausschließlich die Diaphysen, während die Gelenkauftreibungen ebenso wie die Trommelschlägelfinger und -zehen auf Weichteilverdickungen zurückgeführt werden müssen. Die Knochen des Stammes sowie das Gesichtsskelett zeigen keinerlei Veränderungen. Die Schädelknochen selbst erscheinen auch im Radiogramme eher dünner als normal: alle Nähte am Schädel klaffen weit, die Fontanellen und zwar selbst die normalerweise schon bei oder sehr bald nach der Geburt geschlossenen Seitenfontanellen stehen offen, die Spitze des Hinterhauptbeines ist als selbständiges dreieckiges Knochenstückchen (Os interparietale) durch eine $^1/_2$ cm breite Furche von der Schuppe abgetrennt, und im Verlaufe der Lambdanaht finden sich jederseits symmetrische

elliptische Defekte gerade der Stelle entsprechend, wo man nicht selten ovale Schaltknochen antrifft. Der Schädelumfang entspricht dabei vollkommen dem Alter des Kindes, der Schädel zeigt nirgends eine besondere Spannung.

Der Fall entspricht in einem höchst bedeutsamen Symptomenkomplexe seines Extremitätenbefundes der toxigenen Osteoperiostitis (Osteoarthropathie hypertrophiante) und zeigt andererseits gerade in denjenigen Momenten, die dieser Diagnose widersprechen, große Übereinstimmung mit der Ostitis deformans bzw. mit dem pueri-adoleszenten Typus der hereditären Knochenlues im Sinne Lannelongues.

Joachimsthal (Berlin),

Hans Haberer, Zur Kasuistik der Knochenzysten. (Arch. f. klin. Chir. Bd. 76. S. 559.) H. bespricht zwei Fälle von Knochenzysten aus der ersten chirurgischen Klinik in Wien. Es handelt sich in dem ersten Falle um einen 10jährigen Knaben, der bis zum dritten Lebensjahre vollkommen gesund war, dann im Bereiche der rechten Unterkieferhälfte und des rechten Scheitelbeines Geschwulstbildungen bekam. Im fünften Lebensjahre brach der Knabe bei einem Falle auf ebenem Wege den rechten Oberschenkel in der Mitte und 2 Jahre später, nachdem eine Frakturheilung mit mäßiger Verkrümmung eingetreten war, denselben Knochen infolge eines ganz geringfügigen Traumas. Auch dieses Mal heilte die Fraktur aber mit starker Verkrümmung und Auftreibung des Oberschenkels an der Bruchstelle. Bei der Aufnahme fanden sich im Bereiche des rechten Scheitelbeins, des horizontalen Astes des Unterkiefers rechterseits, des Mitte des hochgradig verkrümmten rechten Oberschenkels und des Trochanter major des linken Oberschenkels (hier mit gleichzeitiger Verkrümmung des Oberschenkels im Sinne einer Coxa vara) Tumoren, die dem Knochen angehörten. Dieselben waren hart, unempfindlich, die Weichteile über den Tumoren normal. Im Bereiche des rechten Scheitelbeines fand sich auch noch eine deutlich fluktuierende, von zackigem Knochenwall umgrenzte Geschwulst. Auf eine innere Jodmedikation schwand diese zystische Geschwulst, die übrigen Tumoren blieben unverändert. Die Röntgogramme zeigten, daß es sich um Knochenzysten mit Auftreibung der Knochen handelte. Die Corticalis, an vielen Stellen hochgradig rarefiziert, zeigte an anderen Stellen periostale Auflagerungen. Probeexzisionen aus dem Bereiche des Tumors am Scheitelbeine und des Tumors am rechten Oberschenkel ergaben das Bild eines Riesenzellensarkoms (Myeloidsarkoms). Es handelte sich also um eine anatomisch exquisit maligne Geschwulstform bei klinisch über viele Jahre ausgedehntem relativ gutartigem Verlauf und zwar bei einem jugendlichen Individuum.

In dem zweiten Falle handelte es sich bei einem 14jährigen Knaben um Knochenzysten im oberen Drittel des rechten Oberarmes mit ziemlich beträchtlicher Auftreibung des Knochens und hochgradiger Rarefizierung der Corticalis (nach dem Ergebnis der Röntgogramme), die im Anschluß an eine mehrfache Fraktur dieses Knochens entstanden waren. Die Zystenbildung war hier nach ihrem ersten Nachweis vor 3½ Jahren ziemlich stationär geblieben. Eine histo-

logische Untersuchung konnte, da eine Probeexzision unterblieben war, nicht ausgeführt werden. Joachimsthal (Berlin).

Felix Lewandowsky (Bern), Über subkutane und periartikuläre Verkalkungen. (Virchows Archiv. Bd. 181. Heft 1.) L. berichtet über einen neuen Fall einer bisher wenig beobachteten und untersuchten Krankheit, die das jugendliche Alter — der jüngste Patient war 4 Jahre alt — bevorzugt. Es handelt sich um multipel in der Subcutis auftretende, derbe Tumoren, die sich langsam entwickeln und die Patienten durch ihren Sitz an funktionell wichtigen Körperstellen belästigen. Der Lieblingssitz der Tumoren, deren Größe zwischen der einer Linse und eines Apfels schwankt, ist die Gegend der Knochenenden an den Extremitäten. Oft findet sich die Tumorbildung im perikapsulären Gewebe, wo sie infolge der Behinderung der Beweglichkeit sekundär zu Muskelatrophie führen kann. Indessen bleibt keine Stelle des Körpers verschont. Das Allgemeinbefinden der Patienten war im allgemeinen nicht gestört. Nur in wenigen Fällen wurde Marasmus beobachtet, der mit der Erkrankung in Zusammenhang gebracht wird. Ein Fall endete letal. Die Tumoren treten in zwei Formen auf; einmal als derbe, gruppenweise stehende Knoten, sodann als kalte, mit breiig-schlammigen Massen gefüllte Abszesse, die zu Hautulzerationen führen können. Anatomisch handelt es sich um Verkalkungen (phosphorsaurer, kohlensaurer Kalk, keine Urate) fibromatöser Partien der Subcutis und des Gewebes um die Gelenkkapseln bei Gegenwart zahlreicher Fremdkörperriesenzellen. Ätiologisch handelt es sich nach L. wahrscheinlich um eine der Gicht ähnliche Diathese, während Parasiten, wie von anderer Seite behauptet wurde, nicht in Betracht kommen. Das Krankheitsbild ist noch kein abgeschlossenes. Bennecke (Marburg).

Wolf (Minden), Multiple Exostosen. (Deutsche Medizinal-Ztg. 1905. Nr. 86.) W. beobachtet folgenden Fall schon seit 5 Jahren.

Es handelt sich um einen schwächlichen, grazil gebauten Knaben von 8 Jahren, welcher keine Rachitis gehabt haben soll. Bemerkenswert dabei ist, daß der Vater an jedem Os hamatum der Mittelhand eine kirschkerngroße Knochenverdickung besitzt. Die ersten Anfänge der Entwicklung der Exostosen bei dem Kinde sind um das erste Lebensjahr konstatiert worden. Seit der Zeit haben die Knochenauswüchse allmählich — auch in den letzten 5 Jahren — zugenommen. Hauptsächlich sind die den Gelenken benachbarten Teile der langen Röhrenknochen betroffen, namentlich die Umgebung des Kniegelenks, aber auch am Schlüsselbein besteht eine Verdickung. Der rechte Unterarm zeigt ferner eine geringe Abschweifung nach außen und kann im Ellenbogengelenk nicht vollständig gestreckt werden.

Grätzer.

L. Blum, Untersuchungen über das Vorkommen parasitärer Organismen in Geschwülsten. (Aus dem path.-anat. Institut der Universität Straßburg.) (Virchows Archiv. Bd. 179. Heft 3.) Bei der Untersuchung von Mamma- und Rektumkarzinomen, sowie Drüsen bzw. Lebermetastasen anderswo lokalisierter primärer Kar-

zinome gelang in der überwiegenden Mehrzahl der Fälle der Nachweis der als Protozoen gedeuteten Zelleinschlüsse. Unter Würdigung der eigenen Resultate, sowie der in der Literatur vorhandenen Angaben speziell auch über „Protozoenbefunde" bei nicht karzinomatösen Erkrankungen wird gefolgert, daß eine eindeutige Erklärung der Zelleinschlüsse zwar nicht gegeben werden kann, daß aber nichts für die Protozoennatur und ihre ätiologische Bedeutung für das Karzinom spricht.

Bennecke (Marburg).

Ritter (Oldenburg), Zur Entstehung der Neubildungen. (Münch. med. Wochenschrift. 1906. Nr. 3.) R. berichtet von einem Falle, welcher die Annahme sehr nahe legt, daß eine Form von Neubildungen, nämlich der Naevus vasculosus, noch vor der Befruchtung, also im unbefruchteten Ei, ihre Uranlage haben kann.

Es handelt sich um ein paar Zwillinge, zwei Mädchen, die einander äußerst ähnlich sind. Im Alter von 6 Jahren bekamen beide Kinder zu gleicher Zeit und an der gleichen Stelle die gleiche Neubildung, nämlich ein kleines Angiom in Form eines roten Fleckes an der Unterlippe rechts.

Das kann wohl kaum ein Zufall sein, vielmehr drängt sich die Vorstellung einer gemeinsamen Ursache auf. R. nimmt als höchstwahrscheinlich an, daß beide Kinder von einem Ovulum abstammen, das schon vor der Befruchtung abnorm war.

Grätzer.

H. Nathan, Über Selbstheilung des Angioms durch Ulzeration. (Aus Prof. Epsteins Kinderklinik in Prag.) (Prager med. Wochenschrift. 1906. Nr. 2.) N. führt vier Fälle an, wo ziemlich große Angiome bei Säuglingen spontan dadurch abheilten, daß sich auf ihnen ein Geschwür bildete, das allmählich das ganze Angiom einnahm, dann langsam ausheilte, womit alle Spuren des früheren Tumors verschwanden, und nur eine Narbe oder einzelne Gefäßverzweigungen in der Peripherie desselben an die ursprüngliche Affektion erinnerten.

Grätzer.

Dreuw, Zur Heilung der Naevi vasculosi und der Trichophytie. (Mon. f. prakt. Dermat. 15. Mai 1905. Nr. 10.) Drei Fälle von erbsen- bis zehnpfennigstückgroßen Naevi unterzog Verf. zuerst einer gründlichen Vereisung und führte sodann bis zum Rande hin eine energische Ätzung mit Acidum hydrochloricum bis zu eintretender Blutung aus. Die hierauf sich bildende Borke fiel in 2—3 Wochen ab, hinterließ zuerst eine Rötung, welche aber allmählich normal weißer Hautfarbe wich. Noch vorhandene oder neu entstehende Gefäßerweiterungen wurden mit dem Unnaschen Mikrobrenner, ganz kleine Naevi durch Punktalätzung behandelt. Weiterhin empfiehlt Verf. den Beiersdorfschen Pflastermull zur Behandlung der Trichophytia barbae und des chronischen, lokalisierten nicht nässenden Ekzems. Derselbe enthält die Bestandteile seiner Psoriassalbe: Acid. salic., Ol. rusc., Chrysarob., Sapon. virid., Vaselin. und kann ohne zu reizen 6—8 Tage aufliegen. Im Gesicht schütze man den Pflastermull mittels Leukoplast, die Reinigung der Haut gelingt leicht mit Benzin.

Max Joseph (Berlin).

Paul Klemm, Ein Beitrag zur Genese der mesenterialen Chylangiome. (Virchows Archiv. Bd. 181. Heft 3.) Bei einem $2^1/_2$ Jahre alten, bisher gesunden und nicht belasteten Kinde stellte sich dauernde Obstipation, Appetitlosigkeit, Magerkeit und langsam zunehmende Anschwellung des Bauches ein. Über dem ganzen Abdomen bestand leerer Perkussionsschall, nirgends Darmschall. Bei der Operation fand sich ein kindskopfgroßer, vom Mesenterium einer Ileumschlinge ausgehender, mit dunkelgelber, dickflüssiger, sehr eiweißreicher Flüssigkeit prall gefüllter Tumor, über den die Dünndarmschlinge als strangförmiges Gebilde hinzog. Sie wird mit dem Mesenterium und dem Tumor entfernt. Glatter Verlauf. Das Kind entwickelte sich in 2 Jahren sehr gut. Mikroskopisch handelt es sich um ein Lymphangiom, das der Genese und des Inhaltes wegen als Chylangiom bezeichnet wird. Sehr gut ließ sich in den Präparaten die Bildung junger Kapillaren aus den Endothelien verfolgen, die fleckweise in Haufen, eine Infiltration vortäuschend, zusammenlagen. Als Entstehungsursache wird eine Keimversprengung angenommen. Am Schluß der Arbeit findet sich eine Literaturzusammenstellung über 52 Fälle.

Bennecke (Marburg).

J. F. Fischer und **J. Schon** (Dänen), Fall von Angiosarcoma maxillae inf. mit Röntgenstrahlen behandelt. (Nordisk Tidsskrift for Terapi. Bd. 3. Nr. 8.) Es handelte sich um ein 8 jähriges Mädchen, am 5. Januar 1903 aufgenommen. Im Verlaufe der letzten 3 bis 4 Monate hatte sich eine harte, nicht druckempfindliche Geschwulst in der Nähe des linken Kieferwinkels entwickelt, welche eine walnußgroße Verdickung des Kiefers hervorrief. Kein Pergamentknistern. Keine Drüsengeschwülste in der Submaxillarregion. Erster Molar saß über der Geschwulst, konnte ein bischen hin und her bewegt werden. Die Diagnose schwankte zwischen Zahnzyste und bösartiger Geschwulst. Am 6. Januar wurde eingeschnitten. Die mikroskopische Untersuchung eines Stückes des heftig blutenden Geschwulstgewebes in dem Knochen ergab, daß es sich um Angiosarkom handelte. Die Eltern schlugen eine Resektion ab. Die Geschwulst nahm an Größe stark zu. Am 24. März Anfang der Röntgenbehandlung (Induktor von 35 cm Funkenlänge, mit Turbinenabbrecher, 60 Abbrechungen in der Sekunde; Strom der Zentrale 110 Volt; primäre Stromstärke $2^1/_2$ Amp., Spannung ca. 35 Volt. Lampe mit regulierbarem Vakuum, im Anfang der Seance war die Lampe als hart, am Schluß als weich zu bezeichnen). Die Seance dauerte jedesmal 8—12 Minuten. Bis zum 30. April 14 Bestrahlungen. Es trat eine Dermatitis mit starker Sekretion von der Wunde auf. Ende Juli Heilung der Dermatitis. Ende August keine Geschwulst vorhanden. Später 16 prophylaktische Bestrahlungen. Die letzten 2 Monate wieder Schwellung des Knochens an der inneren Seite, weshalb neue Röntgenbehandlung eingeleitet werden wird.

Adolph H. Meyer (Kopenhagen).

J. L. Faure (Paris), Technique de l'exstirpation des tumeurs malignes du maxillaire supérieur. (La presse médicale. 1905. Nr. 93.) Die Entfernung des Oberkiefers nach der klassischen Methode gelingt nur dann gut, wenn der Knochen gesund

ist. Bestehen aber in demselben Neubildungen, welche dessen Festigkeit herabsetzen, so ist die Entfernung in toto nicht möglich, vielmehr zerbricht der Knochen in viele Stücke, deren Entfernung dann Schwierigkeiten darbietet. Aus diesem Grunde entfernt Verf. die kranken Teile mittels einer eigenen, schneidenden Hohlzange, wodurch man nach und nach den ganzen Oberkiefer entfernen kann, selbst auf den Kiefer der anderen Seite und die Schädelknochen übergehen, kurz, alles Krankhafte entfernen kann. Bei diesem Vorgehen ist die Entfernung des Orbitalteiles nicht unbedingt notwendig, vielmehr kann man die Orbitalplatte, falls sie nicht erkrankt ist, und eventuell auch den harten Gaumen erhalten, was von unschätzbarem funktionellem Vorteile ist.

Handelt es sich um kleinere Neubildungen, so ist nach Entfernung einiger Zähne durch das Beiseiteschieben der Oberlippe genügend Raum gegeben, während bei voluminöseren Neubildungen das Abheben der Wangenweichteile durch den medianen Liston-Nélatonschen Schnitt, um einen besseren Überblick zu gewinnen, vorzuziehen ist. Nach Beendigung der Operation werden die Weichteile wieder aneinander genäht und die Höhle mit Gaze tamponiert. Das einzige gefährliche Moment dieser Operation sind die starken Blutungen, welche sich oft auch bei den Tamponwechseln durch längere Zeit wiederholen. Bei schwachen Individuen ist daher prophylaktisch die Unterbindung der Carotis externa vorzunehmen. E. Toff (Braila).

F. Cuno u. Trappe, Exstirpation einer bösartigen Nierengeschwulst (Embryonales Adenosarkom). (Aus Dr. Christs Kinderhospital in Frankfurt a. M.) (Deutsche med. Wochenschrift. 1906. No. 3.) Es handelt sich bei dem 3jährigen Knaben um einen Tumor der Niere, der rasch zu bedeutender Größe angewachsen war. Allseitig von einer bindegewebigen Kapsel abgeschlossen, hatte er die Niere verdrängt, ohne sie zu durchwachsen. Mikroskopisch bestand er aus Bindegewebe, das in der Hauptsache noch embryonalen Typus zeigte, unfertigen, wuchernden Drüsenanlagen und einem an ein Sarkom erinnernden, undifferenzierten Keimlager großer embryonaler Zellen.

Der Tumor gehörte mithin zu der von Birch-Hirschfeld unter dem Namen der embryonalen Adenosarkome der Niere zusammengefaßten Gruppe von Geschwülsten. Grätzer.

Bindo de Vecchi, Doppelseitiges Nierensarkom mit chromaffinen Zellnestern. (Virchows Archiv. Bd. 182. Heft 2.) Bei der Sektion eines 1 Jahr 7 Monate alten Knaben, der an einer Bronchopneumonie, verbunden mit leichten Nierenstörungen gestorben war, fand sich beiderseits eine das Nierenbecken teilweise einnehmende, die Papillen halskrausenartig umgebende, die Nierensubstanz aber freilassende Geschwulst. Mikroskopisch besitzt sie einen sarkomatösen Bau, der dadurch eine Komplikation erfährt, daß sich in dem Tumor typische, chromaffine Zellnester finden. V. rechnet deshalb den Tumor zu den bösartigen Mischgeschwülsten der Niere und leitet ihn von versprengtem embryonalen Gewebe ab, das entlang den Nierenvenen

an die Stelle der Tumorbildung gelangt ist. Da an den chromaffinen Zellen deutliche Zeichen von Degeneration vorhanden waren, so macht V. auf die Wichtigkeit seiner Beobachtung für die Deutung weiter entwickelter, ähnlicher Nierongeschwülste aufmerksam. Denn wenn die Tumorentwicklung noch weiter vorgeschritten gewesen wäre, so würde die Geschwulst infolge vollkommenen Schwundes der chromaffinen Zellen den Aufbau eines einfachen Sarkoms gezeigt haben.

Bennecke (Marburg).

G. Araoz Alfaro et **Manuel A. Santas** (Buenos-Aires), Les sarcomes viscéraux chez les enfants. (Archives de méd. des enfants. Octobre 1905.) Abgesehen von den Hydatidenzysten, welche im Vaterlande der Verff. sehr häufig vorkommen, sind die Sarkome die am meisten beobachteten Tumoren des Kindesalters. Die Verff. haben in den letzten Jahren unter mehreren Tausend Kindern 10 Sarkomfälle beobachtet und zwar:

					Fälle
Im	Alter	von	2—3	Jahren	1
„	„	„	3—5	„	4
„	„	„	5—10	„	4
„	„	„	10—11	„	1

Unter 2 Jahren kommen keine Sarkome vor.

Bezüglich der Lokalisation waren:

	Fälle
Mesenterialsarkome . . .	4
Nierensarkome	2
Kleinhirnsarkome	2
Darmsarkom	1
Lungensarkom	1

In allen diesen Fällen, mit Ausnahme des Kleinhirnsarkoms, welches ein Gliosarkom war, handelte es sich um kleinzellige Rundzellensarkome.

Eine eigentliche Symptomatologie haben diese malignen Geschwülste nicht, da eine wirkliche Kachexie nicht zu beobachten ist und die Abmagerung erst gegen das Ende hin ausgesprochen ist. Infolgedessen kann man die Diagnose nur darauf stützen, daß ein schnell wachsender Tumor gefunden, welcher je nach Sitz mehr oder weniger hervortretende Kompressionserscheinungen bewirkt und, daß ein solcher Tumor beim Kinde meist sarkomatöser Natur ist. In einem einzigen Falle konnten die Verff. hohes, unregelmäßiges Fieber bei einem Lungensarkom beobachten. Die Prognose ist eine sehr schlechte. In allen Fällen, in welchen ein operativer Eingriff versucht worden ist, konnte derselbe infolge der ausgebreiteten Verwachsungen nicht zu Ende geführt werden und alle Kinder gingen zugrunde. Der Verlauf ist meist ein sehr rascher; von obigen Fällen dauerten nur zwei 1 Jahr oder etwas mehr, die anderen evoluierten innerhalb 2 bis 6 Monaten.

E. Toff (Braila).

Fr. Rudolf, Ein Fall von stielgedrehtem Sarkom des Ovarium. (Aus dem k. k. Krankenhause Wieden bei Wien.) (Wiener

klin. Rundschau. 1905. Nr. 14.) 11jähriges Kind wurde mit der Diagnose „Appendicitis" eingebracht; es hatte vor 3 Tagen plötzlich heftige Schmerzen im Leib bekommen, dann erbrochen usw. Man erkannte, daß man es mit einem Tumor zu tun hatte, und die Operation deckte einen mannsfaustgroßen Tumor des einen Ovariums auf, dessen Stiel $1^1/_2$ mal um seine Längsachse gedreht erschien. Es handelte sich um ein Spindelzellensarkom. Die Diagnose eines solchen Falles kann tatsächlich anfangs schwierig sein, da die Symptome einer Appendicitis das Bild beherrschen können. Später klärt sich meist die Situation; im obigen Falle waren die Derbheit und Verschieblichkeit des Tumors bei medialer Lage, die Größe mit Rücksicht auf die Dauer der akuten Krankheitserscheinungen Momente, welche diagnostisch zu verwerten waren. Grätzer.

L. Strominger, Ausgebreitetes Angiom der linken Hirnhälfte. (Spitalul. 1905. Nr. 6.) Der an Hemiplegia infantilis leidende Patient bot einen Naevus vascularis der linken Gesichtshälfte dar, welcher sich über die Stirne bis zur Parietalnaht, die Nasenhälfte, das linke Ohr und die Oberkiefergegend erstreckte. Die Nekropsie zeigte, daß auch die Meningen der betreffenden Hirnhälfte eine bedeutende Verdickung und abnorme Vaskularisation aufwiesen, also gleichsam denselben Prozeß, den man auf dem Gesichte sah. Diese Hirnhemisphäre war viel kleiner, als die andere, auch waren die Windungen viel weniger entwickelt. E. Toff (Braila).

Lichtheim, Über Kleinhirnzysten. (Aus der medizin. Klinik in Königsberg.) (Deutsche med. Wochenschrift. 1905. Nr. 28.) L. führt zwei Fälle vor, einen 12- bzw. 14jährigen Knaben, die beide eine Kleinhirnzyste haben. Für die Diagnose leistete die Hirnpunktion sehr wertvolle Dienste. Im ersten Falle lagen keine Zeichen vor, die die Erkennung der kranken Seite erleichterten; die Punktion gab sofort Aufschluß. Im zweiten Falle war die Erkrankung der linken Seite sehr wahrscheinlich, immerhin war auch hier das Resultat der Punktion eine erwünschte Bestätigung dieser Annahme. Auch therapeutisch wirkt die Gehirnpunktion recht günstig ein, aber die Erfahrung, daß gerade Kleinhirnzysten sehr häufig zum plötzlichen Tode führen, läßt es ratsam erscheinen, eine dauernde Eröffnung der Zysten auszuführen. Obige beiden Fälle wurden auch mit gutem Erfolge operiert; im zweiten Falle allerdings erst als die Stauungspapille in Sehnervenatrophie übergegangen war. Um dies zu vermeiden, muß die Operation so früh wie möglich ausgeführt werden; die Hirnpunktion ermöglicht die frühe Diagnose. Grätzer.

G. A. Sutherland und **E. Holland,** Gliom der Brücke. (Brit. journ. of children's diseases. Mai 1905.) Der betreffende, $6^1/_2$ jährige Knabe hatte vor 6 Wochen einen Ziegelsteinhieb auf das Hinterhaupt erhalten; 3 Wochen später trat, nachdem die ganze Zeit über Schmerzen im Hinterhaupte geklagt worden war, Strabismus des rechten Auges auf. Das Sprechen wurde schwach und undeutlich, es entwickelten sich auch linksseitiger Strabismus, unsicherer Gang, Schluckbeschwerden, Speichelfluß und eine Lähmung der rechten Ge-

sichtshälfte. Fortschreitend wurde das ganze Innervationsgebiet des Abducens und Facialis gelähmt. Der Gang war taumelnd, mit Neigung nach vorne hin zu stürzen, auch bestand Unmöglichkeit, mit geschlossenen Augen aufrecht zu stehen. Die Bewegungen der Zunge waren normal, hingegen war das Gaumensegel paretisch und unempfindlich, die Sprache näselnd. Augen und Ohren normal, die Sehnenreflexe gesteigert. Während der ganzen Zeit hatten Kopfschmerzen rechts hinten bestanden. Endlich trat unter Herz- und Respirationsschwäche der Tod ein. Die Nekropsie ergab ein Gliom der Brücke, namentlich der rechten Hälfte; dasselbe erstreckte sich nach rechts hinten auch auf das Rückenmark. Außerdem war ein Abducens und Facialis von der Neubildung komprimiert, bzw. ganz in derselben aufgegangen. Die Ventrikel waren dilatiert und der Boden des vierten Ventrikels durch Druck abgeplattet.

E. Toff (Braila).

Stertz, Ein Beitrag zur Kenntnis der multiplen kongenitalen Gliomatose des Gehirns. (Aus dem pathol. Institute der Universität Freiburg i. B.) (Beitrag z. path. Anat. u. allg. Path. v. Ziegler. Bd. 37. Heft 1.) Es handelt sich um einen zufälligen Sektionsbefund bei einem 6 Monate alten Mädchen, der als kongenitale Mißbildung aufgefaßt wird.

Auf das Großhirn beschränkt, aber unter Beteiligung aller Rindengebiete — auch der motorischen Sphären — finden sich neben anscheinend normalen Hirnwindungen die knorpelhart anzufühlenden, plumpen, eine verwachsene Zeichnung aufweisenden, etwas livide gefärbten veränderten Gyri. Auf Durchschnitten besteht zwischen Rinde und Mark keine scharfe Grenze. An gefärbten Schnitten läßt sich makroskopisch erkennen, daß die Markstrahlen schon vor Eintritt in die Rinde „büschel- und fontainenartig" sich auffasern.

Mikroskopisch handelt es sich, wie durch spezifische Färbungen nachgewiesen ist, um eine Neubildung nur von Gliagewebe, die von der Rinde nach dem Marke zu an Mächtigkeit abnimmt und in der Nähe des Ventrikelepithels allmählich in normales Gewebe übergeht. Eine sicher nachweisbare Abnahme der nervösen Elemente, auch in den höher gelegenen Rindenpartien ließ sich nicht konstatieren; die Fasern weisen nur einen abnormen Verlauf auf. Im Bereiche der Gliawucherung, nach dem Marke zu an Zahl abnehmend, finden sich große, zum Teil Degenerationszeichen aufweisende Ganglienzellen nicht unähnliche Zellen mit langen Fortsätzen, die vielfach in Gruppen zusammen liegen. Sie sind charakteristisch für die vorliegende Mißbildung. Ihre Entstehung wird im Anschluß an die Schapersche Lehre von der Entwicklung der Ganglien- und Gliazellen so erklärt, daß sie die mißbildeten Formen der noch in der Differenzierung zu Ganglien- bzw. Gliazellen begriffenen indifferenten Elemente der ursprünglichen Ependymzellen darstellen.

Aus der Literatur werden zwei Fälle angeführt.

Bennecke (Marburg).

Jenö Kollarits, Neubildung der Hypophysis cerebri ohne Akromegalie. (Orvosi hetilap. 1905. Nr. 37.) Das 17 Jahre alte

Mädchen wurde 1902 mit Lues, Cephalalgie, Schwindel, Erbrechen und rechtsseitiger Abducensparalyse auf der Klinik aufgenommen. Gegen die manifeste Syphilis wurde eine energische Hg-Behandlung eingeleitet. Paresis nervi oculomotorii utriusque lat. und Ptosis entwickelten sich in kurzer Zeit. In einem Monate zeigten sich öfters Anfälle in Form tonischer Krämpfe, Bewußtlosigkeit und Atembeschwerden. März 1903 Paral. nerv. access. lat. dext., im Auswurf bacilli Koch. Mai 1903 Exitus. Sarcoma hypophyseos et tuberculosis war bei der Sektion ersichtlich. Die Symptome der Akromegalie fehlten. Ernö Deutsch (Budapest).

Berger, Fall von Tumor der Hypophysengegend mit Obduktionsbefund. (Zeitschr. f. klin. Med. Bd. 54. Heft 5 u. 6.) Bei einem 14jährigen Knaben entwickelten sich allmählich starke Hirndruckerscheinungen, welche das Vorhandensein eines Hirntumors wahrscheinlich machten. Von Herdsymptomen bestand eine wechselnde rechtsseitige Facialisparese und Sehstörungen, die in einer raschen Aufeinanderfolge von Amaurose und Sehen bestanden. Dazu kamen sehr eigentümliche trophische Störungen, insonderheit Persistieren des infantilen Habitus, Stehenbleiben im Größenwachstum, Zunahme des Fettreichtums, Haarausfall und Sprödigkeit der Haut. Diese Störungen in Verbindung mit der Sehstörung legten die Vermutung nahe, daß der Tumor in der Nähe der Glandula pituitaria gelegen sei. In der Tat fand sich bei der Sektion hinter dem Chiasma ein Tumor, der gegen die Hypophyse prominierte, und von dessen unterer Zirkumferenz der Hypophysenstiel abging. Freyhan (Berlin).

Wätzold, Ein Peritheliom des Plexus chorioideus des linken Seitenventrikels. (Beitr. z. path. Anat. u. allg. Path. v. Ziegler. Bd. 36. Heft 2.) Die Geschwulst stammt von der hinteren Hälfte der linken Großhirnhemisphäre eines $4^1/_2$ jährigen Mädchens und hatte erst 9 Monate vor dem Tode Symptome hervorgerufen. Sie zeigte keinen Zusammenhang mit der Gehirnsubstanz und wog, in Spiritus aufbewahrt, 160 g. Mikroskopisch handelt es sich um ein Peritheliom, ausgegangen von den Bindegewebszellen des Plexus chorioideus. In der Literatur sind nur vier, dem vorliegenden ähnliche Tumoren bekannt. Sie fanden sich meist bei Kindern; einmal wurden sie bei Schwestern beobachtet. Bennecke (Marburg).

Gredig, Über eine Entwicklungsstörung im Kleinhirn in einem Fall von Spina bifida lumbosacralis. (Virchows Archiv. Bd. 182. Heft 3.) Bei einem 10 Tage alten, atrophischen Kinde fand sich eine Myelomeningocele sacralis posterior und Veränderungen am Kleinhirn, besonders dem Darme, sowie an der Medulla, die G. mit der Mißbildung des Rückenmarkes in Verbindung bringt. Die Kleinhirnveränderungen in diesem Referate auseinander zu setzen ist nicht möglich. Interessant ist der Fall besonders auch dadurch, daß er sich Beobachtungen von Ernst anschließt, der ähnliche Verhältnisse auch bei Erwachsenen fand. Es können also schwere Kleinhirnmißbildungen ganz symptomlos bestehen. G. weist auf die Wichtigkeit dieser Beobachtung für operativ behandelte Fälle von Spina bifida

hin. Im vorliegenden Falle war es möglich mit annähernder Sicherheit die teratogenetische Terminationsperiode (Schwalbe) zu bestimmen. Bennecke (Marburg).

Jones, A case of extreme microcephaly, with ape-like movements. (British Journ. of Childrens Diseases. Vol. II. Nr. 5. S. 214.) Das von J. beobachtete 7jährige Mädchen hatte einen Schädelumfang von ca. 33 cm. Im übrigen war es körperlich gut entwickelt. Es sprach nicht; seine geistigen Fähigkeiten waren aber nicht so herabgesetzt, wie man das bei dem geringen Umfang des Schädels erwarten sollte. Beachtenswert waren an dem Mädchen noch gewisse Bewegungen, wie sie Affen ausführen.

Schreiber (Göttingen).

Robert Quest, Über den Kalkgehalt des Säuglingsgehirns und seine Bedeutung. (Jahrbuch für Kinderheilkunde. Bd. 61. Heft 1.) Aus den Untersuchungen ergeben sich zwei Resultate: einmal die Tatsache, daß der Kalkgehalt im Gehirn des Neugeborenen relativ hoch ist und in der weiteren Entwicklung in gesetzmäßiger Weise abnimmt und zwar in den ersten Lebensmonaten rapider, dann allmählicher. Des weiteren, daß die Gehirne von tetaniekranken Kindern im Vergleiche mit den von tetaniefreien einen auffallend geringen Kalkgehalt aufgewiesen haben. Hecker.

Aladár Schütz, Zur Kenntnis der natürlichen Immunität des Kindes im ersten Lebensjahre. (Jahrb. f. Kinderheilkunde. Bd. 61. Heft 1.) Die Versuche, bei welchen einerseits ausgeheberter Magensaft von Kindern und andererseits Frauenmilch mit Diphtherie-Toxinbouillon zusammengebracht und die Veränderung in der toxischen Kraft der letzteren an Meerschweinchen geprüft wurde, lieferten u. a. das Ergebnis, daß die Frauenmilch keine nennenswerte antitoxische Wirksamkeit gegenüber dem Diphtheriegift besitzt. Die Eigenschaft des Magensaftes, Diphtherietoxin zu entgiften, ist bei Säuglingen individuell verschieden und unabhängig vom Alter, der Ernährung und dem Ernährungszustande des Kindes. Der Mageninhalt verliert durch Aufkochen seine entgiftenden Eigenschaften. Hohe Aziditätsgrade des Mageninhaltes können möglicherweise die Wirkung von Diphtherietoxin anschwächen. Abgesehen von der kongenitalen ist die natürliche Immunität des Kindes, wie die Erfahrung zeigt, hauptsächlich in seinem Gedeihen begründet und unabhängig von der Nahrung. Hecker.

G. B. Allaria (Turin), Essai sur les propriétés physicochimiques et sur la physiogenèse du liquide cérébro-spinal. (Archives de méd. des enf. Avril-Mai 1905.) Der Verf. hat an Zerebrospinalflüssigkeit, die er von Kindern in 24 Fällen und von Erwachsenen in zwei Fällen durch Lumbalpunktion gewonnen hatte, eingehende, namentlich kryoskopische Untersuchungen angestellt und ist zu folgenden Schlüssen gelangt, die teils seine eigenen Ansichten, teils diejenigen anderer Autoren wiedergeben. Der subarchnoideale Raum ist ein großer Lymphweg, in welchem sich eine spezielle Lymphe, die Zerebrospinalflüssigkeit ansammelt, welche als Bindemittel für die Ernährungsfunktionen zwischen dem Blute und den Zellen des Myelo-

encephalums, dient. Diese Flüssigkeit, welche aus dem Blute der Kapillaren des Plexus choroideus und der Pia abstammt, empfängt alle Abfallsstoffe aus dem Metabolismus der encephalischen Gewebe. Die katabolischen Produkte, welche sich in dieselbe ergießen, haben eine Neigung, die molekulare Konzentration derselben zu erhöhen und das Gleichgewicht zwischen der Zerebrospinalflüssigkeit und dem Blute zu stören. Dadurch wird ein kontinuierlicher osmotischer Strom von Wasser aus dem Blute in diese Flüssigkeit hervorgerufen, wodurch auch die Bildung derselben, in Verbindung mit den von Roth angeführten Erscheinungen von Filtration und Diffusion für die Lymphogenese, zu erklären ist. Die physiko-chemischen Gesetze genügen zum größten Teile, um die Bildung und Zusammensetzung dieser Flüssigkeit zu erklären, und wenn gewisse Phänomene unerklärlich bleiben, so ist es nicht notwendig für dieselben vitalistische Suppositionen heranzuziehen, sondern vielmehr anzunehmen, daß unsere physikalischen Hilfsmittel noch nicht genügend ausgebildet sind, um alle organischen Phänomene künstlich herzustellen und zu durchforschen.

In klinischer Beziehung hat die Untersuchung der molekularen Konzentration der Zerebrospinalflüssigkeit noch keine besondere Wichtigkeit erlangt, da dieselbe die Schwankungen des Blutes mitmacht, also durch die Untersuchungen des letzteren ersetzt werden kann. Nur bei tuberkulöser Meningitis kann man insofern eine Stütze für die Diagnose finden, als sehr oft, aber nicht immer, die molekulare Konzentration des Liq. cerebro-spinalis erheblich herabgesetzt ist.

E. Toff (Braila).

Griffith, Notes on a case of cerebellar abscess following on punctured wound of skull-operation-recovery. (The Scottish med. and surg. Journ. 1905. S. 412.) Der 7jährige Patient war etwa 14 Tage zuvor beim Spielen in einen Fleischhaken gefallen und hatte sich eine unbedeutende Verletzung an der rechten Seite des Hinterkopfes zugezogen, dann erkrankte er plötzlich unter Gehirnerscheinungen. Bei der Trepanation fanden sich kleine Knochensplitter in der Dura mater und ein Abszeß in dem rechten Kleinhirnlappen, der eröffnet wurde. Nach etwa 4 Wochen wurde der Knabe gesund entlassen.

Schreiber (Göttingen).

F. Steinhaus, Corynebacterium pseudodiphthericum commune als Erreger eines Hirnabszesses. (Aus dem Dortmunder hygienisch-bakteriolog. Institut). (Münch. med. Wochenschrift. 1905. Nr. 37.) Der Hirnabszeß trat bei einem 12jährigen Kinde nach Otitis media purulenta auf. Zum ersten Male gelang es hier, das genannte Bakterium als Erreger des Abszesses nachzuweisen.

Grätzer.

Spielmeyer, Ein hydrancephales Zwillingspaar. (Archiv f. Psychiatrie u. Nervenkr. Bd. 39. Heft 2.) Verf. will einen Beitrag bringen zur Kasuistik der früh erworbenen Hirndefekte.

Es handelt sich um ein Zwillingspaar, von dem das eine Kind am zweiten, das andere am siebenten Tage nach der Geburt starb, ohne bei Lebzeiten Hirnsymptome geboten zu haben. Bei beiden Kindern

liegt ein verschieden ausgedehnter Hirndefekt vor; irgendwelche rachitische Hemmungsbildungen fehlen. Im Fall I ist außer dem Großhirn auch Stammhirn bis zur hinteren Grenze des Diencephalon in den Substanzverlust einbezogen, im Fall II sind noch Reste von Thalamus und vom Hippocampus ihrer Lage und Konfiguration nach kenntlich; das übrige Stammhirn mit dem Cerebellum zeigt keine makroskopische Veränderung. Der Hirndefekt ist größtenteils durch seröse Flüssigkeit ersetzt, in welcher bei Fall II noch Spuren alter Blutungen nachweisbar waren. Die Meningen sind bei Fall I größtenteils zerstört, bei Fall II bilden sie einen stark vaskularisierten Sack. Überall erhebliche Gefäßfüllung und kavernöse Erweiterung der meningealen Blutbahnen.

Es entsprechen diese Mißbildungen den „Hydranencephalien“ Cruveilhiers.

Die Ursache der Hydranencephalien bei dem erwähnten Zwillingspaare erblickt Verf. in einem hämorrhagischen Zerstörungsprozeß, der teils durch direkte Zertrümmerung des nervösen Gewebes, teils durch die aus der Zirkulationsstörung resultierende Nekrose den Substanzverlust bewirkte. Dieser hämorrhagische Prozeß hat mit einem arteriitischen, thrombotischen und embolischen Gefäßverschluß nichts zu tun; er stellt sich auch nicht als Begleiterscheinung einer Encephalitis dar. Vielmehr ist seine Entstehung bedingt durch die enorm dünne Gefäßwandung und vor allem durch die ausgesprochene Tendenz der Blutgefäße, zu kavernösen Hohlräumen zusammenzufließen. Ihre Ausbreitung hat diese Gefäßanomalie in den Blutleitern, die dem Plexus angehören, und besonders in denen, die ihren Weg auf mehr weniger lange Strecken in den meningealen Maschenräumen nehmen.

Kurt Mendel (Berlin).

Morton, A case of hydrocephalus in which drainage of the ventricles into the subdural space was established. (Brit. journ. of childrens diseases. 1905. S. 387.) M. hat bei einem 7 Monate alten Kinde die von Cheyne und Sutherland zur Heilung des Hydrocephalus empfohlenen Operationen (Herstellung einer Kommunikation zwischen Ventrikel und Subduralraum zwecks Herbeiführung einer Resorption durch die Meningealvenen) ausgeführt, aber ohne jeden Erfolg, wie die ausführliche Krankengeschichte und das Sektionsprotokoll beweisen.

Schreiber (Göttingen).

P. Sorgente, Über die Ätiologie dreier Fälle von chronischem Hydrocephalus. (La Pediatria. IV. 1905.) Im Liquor cerebrospinalis der drei Fälle fand sich konstant ein Diplococcus mit den charakteristischen Merkmalen des Meningococcus vom Typus Weichselbaum in zwei Fällen, vom Typus Jäger-Heubner in einem Fall. In dem einen Fall wurde durch Hg und Jod und Lumbalpunktionen beträchtliche Besserung erzielt.

F.

Göppert, Drei Fälle von Pachymeningitis haemorrhagica mit Hydrocephalus externus. (Jahrbuch für Kinderheilkunde. Bd. 61. Heft 1.) Bei zweien der Fälle konnte als Ursache ein Trauma nachgewiesen werden. Alle drei Fälle zeigen als wichtiges Symptom

des akuten Anfalles große Netzhautblutungen mit und ohne Stauungspapille. Entgegen Ponfick, welcher die Blutungen bei dieser Pachymeningitis für sekundäre, infolge wiederholter Spinalpunktionen eingetretene hält, beweist G., daß die Erkrankung von vornherein einen hämorrhagischen Charakter trug. Heilung ist im ersten Stadium nicht ausgeschlossen. Die Diagnose ist im ersten Anfalle gegenüber Hydrocephalus mit Wahrscheinlichkeit dann zu stellen, wenn die Spinalpunktion leicht blutig gefärbte Flüssigkeit ergibt, oder bei seröser Spinalflüssigkeit ohne Spinnwebegerinnsel prompte Besserung herbeiführt. Das zweite Stadium verrät sich durch stark blutige Punktionsflüssigkeit. Hier ist von der Ausführung der Spinalpunktion nichts mehr zu erwarten.

Hecker.

Hirschel (Heidelberg), Kasuistischer Beitrag zur Trepanation bei Meningitis. (Bruns Beiträge z. klin. Chirurgie. Bd. 45. Heft 2.) H. beobachtete einen Fall von zirkumskripter eitriger Meningitis, bei welchem die Trepanation vorübergehende Besserung brachte. Der Exitus erfolgte, wie die Sektion nachwies, infolge von Hämorrhagien und Thrombosen im Bereich der Zentralwindungen, die auch bereits einige Erweichungsherde aufwiesen.

Vulpius-Ottendorf (Heidelberg).

P. Haushalter (Nancy), Psychose transitoire chez un enfant, avec troubles du langage, à la suite d'une méningite aiguë. (Archives de méd. des enf. Mai 1905.) Es handelte sich um einen 10 jährigen Knaben, welcher durch einige Tage Symptome einer akuten Meningitis gezeigt hatte, bestehend in Phasen zerebraler Exzitation, von Konvulsionen und Koma. Dieselben besserten sich dann und verschwanden, so daß man 15 Tage später keinerlei Zeichen einer durchgemachten Meningitis beobachten konnte, hingegen hatte sich ein Zustand von Stupor, Gedankenkonfusion und Automatismus entwickelt. Im Anfange der intelektuellen Störungen hatten auch Symptome von Aphasie und Schreibstörungen bestanden, welche mit der fortschreitenden Besserung der Psychose ebenfalls besser wurden.

Aphasie und Psychosen können als Folge verschiedener infektiöser Krankheiten auftreten, wie Typhus, Pneumonie, Influenza, verschiedener fieberhafter, eruptiver Erkrankungen usw., doch ist das Vorkommen derselben nach Meningitis nicht erwähnt worden, da man nach dieser Krankheit gewöhnt ist nicht vorübergehende, sondern definitive Psychopathien zu beobachten.

Es wäre banal zu wiederholen, daß auch diese Psychose auf einer Toxi-Infektion des Nervensystems beruhe, da man die essentiellen Ursachen und den intimen Mechanismus des Zustandekommens derselben nicht kennt.

E. Toff (Braila).

F. Lesné et Gaudeau (Paris), Un cas de chorée mortelle par meningite aiguë à staphylocoque. (Archives de méd. des enfants. Octobre 1905.) Ein 10 jähriger Knabe war infolge eines Schreckens an Chorea erkrankt. Die Symptome waren anfangs leichte, es bestand kein Fieber und war auch sonst das Allgemeinbefinden ein gutes. Mit der Zeit wurde die Unruhe immer größer, die Nacht-

ruhe wurde ebenfalls gestört, es traten Hautgeschwüre auf und am 17. Krankheitstage wurde die Temperatur febril und stieg rasch bis auf 40°, während der Puls 150—160 Schläge betrug. Es bestand tiefe Prostration und bei der geringsten Berührung traten die choreatischen Bewegungen mit großer Heftigkeit auf. Nach einigen Tagen konnte man Nackensteifigkeit, ohne Kernigsches Zeichen feststellen und die Lumbalpunktion ergab eine trübe, eitrige Flüssigkeit, in welcher man Staphylococcus pyogenes aureus in Reinkulturen fand. Sowohl am Anfange der Krankheit, als auch vor Beginn des Fiebers ergab die Punktion klare, sterile Zerebrospinalflüssigkeit. Es trat nach kurzer Zeit Exitus auf, und obwohl die Sektion nicht gemacht werden konnte, so war doch die Diagnose festgestellt, daß es sich um eine Komplikation der Chorea mit auf Staphylokokken beruhender Meningitis gehandelt hatte.

Die Ätiologie dieser letzteren Erkrankung ist schwer festzustellen, doch ist es möglich, daß es sich um eine Infektion, ausgehend von den zahlreichen Schleimhaut- und Hautwunden, welche der Kranke sich durch seine unwillkürlichen Bewegungen zuzog, gehandelt hat.

E. Toff (Braila).

Jean P. Cardamatis (Athènes), Contribution à l'étude des méningites chez l'enfant. (Archives de méd. des enf. Juin 1905.) Im Verlaufe verschiedener entzündlicher Erkrankungen treten oft Symptome auf, welche große Ähnlichkeit mit denjenigen der tuberkulösen Meningitis haben und zu diagnostischen Irrtümern Veranlassung geben können. Dupré hat diese Zustände mit dem Namen Meningismus bezeichnet und die Ansicht ausgesprochen, daß es sich wohl um die Symptomatologie der tuberkulösen Meningitis handle, daß aber anatomische Läsionen der Hirnhäute fehlen. C. tritt dieser Ansicht entgegen und hebt hervor, daß nichts zur Annahme berechtige, eine Pseudomeningitis oder einen Meningismus anzunehmen, da häufig derartige als leicht angesehene Fälle tödlich enden, andererseits selbst tuberkulöse Hirnhautentzündungen in Heilung übergehen können. Man muß auf Grund mannigfacher Erfahrungen annehmen, daß es sich in allen Fällen mit meningitischen Symptomen um wahre Meningitis handle, daß es aber leichte und schwere Formen gibt, welche auch die Prognose in verschiedener Weise bestimmen.

Als prädisponierend für die Entzündungen der Meningen kann man nervöse Krankheiten betrachten, welche auf verschiedenen Ursachen, namentlich auf Alkoholismus beruhen. Die neuropathische Veranlagung der Eltern und der Alkoholismus derselben üben, als prädisponierende Momente einen großen Einfluß anf die Entwicklung der Meningitiden aus.

Die akute Meningitis findet man am häufigsten im Säuglingsalter, die tuberkulöse während der ersten 5 Jahre, aber öfters während der ersten 12 Monate.

Im Laufe gastro-intestinaler Infektionen treten, namentlich während der heißen Sommermonate, akute Entzündungen von seiten der Hirnhäute auf, doch findet man dieselben auch im Frühling, wenn die Temperatur plötzlich ansteigt.

Die häufigste Meningitisform ist die leichte, derart, daß die Krankheit fast unbemerkt vorübergeht, indem die Kinder leichte Konvulsionen und ein vorübergehendes Koma darbieten können.

E. Toff (Braila).

R. Voisin, Les méninges au cours des infections aiguës de l'appareil respiratoire. (Inaugural-Dissertation. Paris 1904.) Meningeale Reizungen und Meningitiden sind im Laufe von Pneumonien und anderen Erkrankungen der Respirationsorgane bei Kindern keine seltenen Erscheinungen. Die Infektion wird durch die Blutbahn fortgeleitet und wirkt auf die Hirnhäute entweder durch direkte Überimpfung der pathogenen Mikroorganismen, oder durch ihre Toxine ein. Sehr oft werden während des Lebens schwere meningeale Symptome beobachtet und bei der Nekropsie findet man nichts Besonderes, andere Male bestehen Veränderungen ohne deutliche krankhafte Erscheinungen. Auch die cephalo-rachidiane Flüssigkeit gibt nicht immer einen sicheren Fingerzeig der bestehenden Veränderungen; dieselbe kann bedeutende Modifikationen darbieten ohne gleichzeitiges Bestehen von entsprechenden meningitischen Symptomen. Um zu erklären, warum relativ leichte Veränderungen an den Meningen zu schweren Hirnerscheinungen Veranlassung geben können, muß eine angeborene oder erworbene Prädisposition der nervösen Zelle angenommen werden.

E. Toff (Braila).

C. Menschig (Tost), Ein Beitrag zur Therapie der Meningitis cerebrospinalis epidemica. (Medizin. Klinik. 1905. Nr. 40.) 1895 hat Vohryzek einen Fall von Genickstarre publiziert, in welchem Pilokarpin (0,07 : 200,0, stündlich 1 Eßlöffel) sich bewährte. M. behandelte nun fünf Fälle (2 Kinder zu 4 Jahren, 3 Kinder zu 3, 6, 9 Jahren) ebenfalls mit Pilokarpin; er gab aber mit Rücksicht auf das Alter der Kinder nur 0,03—0,04 : 200,0 Aq. dest., 1—2—3 stündl. 1 Kinderlöffel, dann wartete er, bis der Schweißausbruch, bis zu dem man das Pilokarpin gereicht hatte, wieder vorüber war, worauf das Medikament weiter gegeben wurde. Es wurde nie mehr wie eine Flasche gegeben; Kollaps trat nie auf. Es handelte sich um sehr schwere Fälle von Genickstarre, abgesehen von einem Falle. Nur ein Fall, welcher sich der Behandlung entzog, endete letal, die übrigen genasen vollständig. Die Wirkung des Pilokarpins, welches stets starken Schweiß hervorrief, bestand wohl hauptsächlich in Herabsetzung des Gehirndrucks; vielleicht hat die bedeutende Wasserabgabe aus dem Blute eine Resorption der Zerebrospinalflüssigkeit zur Folge, und das Blut zerstört dann die Meningokokken und deren Toxine. Jedenfalls scheinen weitere Versuche mit Pilokarpin am Krankenbett berechtigt.

Grätzer.

C. G. Stockton, Treatment of Cerebro-Spinal Fever. (Pediatrics. May 1905.) Das epidemische Auftreten der Genickstarre in Neuyork hat eine Reihe von Arbeiten über dasselbe veranlaßt.

Verf. kritisiert die üblichen Behandlungsmethoden und empfiehlt folgendes Verhalten:

Das Kind soll absolute Ruhe genießen. In einem großen gut gelüfteten, verdunkelten Zimmer ist es am besten aufgehoben. Die

verschiedenen Ausscheidungsorgane sollen überwacht und zu ihren natürlichen Funktionen angeregt werden. Heiße Bäder nach Aufrechts Methode dürfen vorzugsweise gegeben werden. Falls die Erfolge nicht ausbleiben, kann man sie fortsetzen. Dasselbe gilt von der Lumbalpunktion.

Von Medikamenten ist Antipyrin gegen Fieber und die nervösen Erscheinungen wirksam. Daneben kommen Opiate und Bromsalze, sowie Kalomel zur Anwendung.

Wie man sieht, hat unsere Behandlung der Zerebrospinalmeningitis bis jetzt keine radikale Änderung erfahren. Leo Jacobi (Neuyork).

R. Cruchet, Klinische Entwicklung und Diagnose der tuberkulösen Meningitis bei Säuglingen. (La Clinica Moderne. 8. Febr. 1905.) Bericht über den Fall eines 10 Monate alten Kindes, bei dem nach voraufgegangenen Darmstörungen Konvulsionen und ein Zustand halben Komas auftrat. Dann stellten sich Strabismus, träge Reaktion der Pupillen, Dyspnoe, Gespanntheit der Fontanellen, Erbrechen ein. Im Anschluß an den Fall werden die Schwierigkeiten, die bei Säuglingen oft die Diagnose bietet, erörtert. F.

Cesare Cattaneo, Bakteriologischer Befund in einem Fall von eitriger Meningitis. (La Pediatria. VIII. 1905.) Der vom Verf. bei einem an eitriger Meningitis gestorbenen 21 Monate alten Kinde gefundene Mikroorganismus ähnelt in seinem kulturellen Verhalten am meisten dem von Neumann-Schäfer bei einem Mann, der an Meningitis zugrunde gegangen war, gefundenen und von ihnen B. M. purulentae genannten Bazillus (Virchows Archiv. Bd. 109. S. 471.) F.

Krönig, Die Bedeutung der Lumbalpunktion für die exsudative syphilitische Meningitis. (Dermatolog. Zentralbl. IX. Heft 1.) Verf. hat in zwei eklatanten Fällen von exsudativer syphilitischer Meningitis durch eine teilweise Entleerung der Exsudate (7—8 ccm) definitive Heilung erzielt, wo trotz intensiver Anwendung von Quecksilber und Jodpräparaten eine Resorption nicht zustande kommen konnte. Nach Ansicht K.s ist der Nutzeffekt einer Lumbalpunktion lediglich ein physikalischer: Sie kann nur wirken, wo es gilt, überdehnte und deshalb ihrer resorptiven Kräfte beraubte Membranen durch Entnahme einer gewissen Quantität der von ihnen umschlossenen Flüssigkeitsmenge zu entspannen. K. spricht sich dabei dahin aus, daß sogar bei gänzlichem Mangel ophthalmoskopischer Erscheinungen die Anwesenheit selbst umfangreicher meningitischer Exsudate niemals ausgeschlossen werden kann. — Die Lumbalpunktion wird mithin zunächst zum Zwecke einer Druckmessung gemacht. Übersteigt der Druck die Normaldruckhöhe um ein Bedeutendes, so wird Flüssigkeit abgelassen, bis der Normaldruck hergestellt ist. — Der Normaldruck stellt sich bei horizontaler Seitenlage im Durchschnitt auf 125 mm (zwischen 110—150), bei sitzender Stellung auf 410 mm (zwischen 350—450). Das Abströmen des Liquor cerebri erfolgt im Liegen tropfenweise, im Sitzen sprudelnd und spritzend. Die Pulsationsschwankungen im Manometer betragen beim normalen Radialpulse 2—5 mm.

Die Lumbalpunktion wird mit dem K.schen Punktionsapparate in horizontaler Seitenlage unter möglichst verlustloser in Kapillaren vorzunehmender Druckmessung unter genauer Beobachtung der pulsatorischen Schwankungen und tropfenweiser, die untere physiologische Grenze nicht überschreitender Entleerung des Liquor vorgenommen, und stellt unter diesen Kautelen einen harmlosen Eingriff dar.

James O. Wentzel (Zittau i. S.).

v. Behm, Ein Fall von Syphilis hereditaria tarda beider Ohrlabyrinthe. (Arch. f. Ohrenheilkunde. Bd. 67. Heft 1.) Bericht über eine besonders schwere Form von hereditärer Syphilis, welche durch luetische Prozesse im Mittelohr, Tuba und Hals kompliziert war. Bei einem 20jährigen Mädchen war plötzlich über Nacht eine Ertaubung auf dem linken Ohre aufgetreten, nachdem sich seit $^1/_2$ Jahre eine allmählich zunehmende Schwerhörigkeit auf dem anderen Ohre eingestellt hatte. Der Trommelfellbefund war rechts negativ, links war der Hammergriff am Promontorium adhärent. Bei dem charakteristischen Nebenbefund in der Nase — es bestand Perforatio sept. und teilweise Verwachsung der Uvula mit der hinteren Wand des Gaumensegels — wurde eine Schmierkur angeordnet mit dem Resultat, daß Flüstersprache, welche vor der Behandlung rechts dicht am Ohr, links gar nicht verstanden wurde, nach der Behandlung rechts auf 6 m, links auf 3 m gehört wurde. Von sonstigen Zeichen einer hereditären Lues war nichts zu entdecken. Das hereditär-luetische Labyrinthleiden beginnt meistens völlig schmerzlos und schleichend, und führt in 6—8 Wochen, mitunter auch erst in 1—2 Jahren zur Taubheit, und zwar meist doppelseitig.

In diesem Falle trat nach einem Jahre links ein Rezidiv auf, zugleich bestand am linken Tubenwulst ein erbsengroßes, schmierig belegtes Ulcus. Auch diese Erscheinungen gingen nach einigen Wochen nach einer Schmierkur prompt zurück. Eine Heilung ist im allgemeinen nur zu erwarten, wenn der Kranke sofort oder bis spätestens 6 Wochen nach dem Eintritt der Erkrankung in Behandlung kommt. In diesem Falle ist es besonders bemerkenswert, daß das Gehör nach solange bestehender Schwerhörigkeit wiederhergestellt wurde, während man sonst eine Wiederherstellung des Gehörs mit Sicherheit nie im voraus sagen kann, ja bei den luetischen Labyrinthprozessen nach der bisherigen Erfahrung zu den Seltenheiten rechnen muß. Der Fall lehrt also, daß man bei allen luetischen Labyrinthaffektionen, mögen sie früh oder spät in Behandlung kommen, immer eine energische antisyphilitische Behandlung versuchen soll.

A. Sonntag (Berlin).

J. Comby (Paris), Syphilis héréditaire à forme ganglionnaire. (Archives de méd. des enf. Octobre 1905.) Die hereditäre Lues erscheint unter ganz verschiedenen Bildern, so daß oft der Ursprung der Symptome nicht zu erkennen ist. So ist z. B. jene Form, wo man keine andere Manifestation der Krankheit als stark, oft enorm geschwellte und auch vereiterte Drüsen findet. Man denkt an Drüsentuberkulose, doch ergibt eine genaue Anamnese und vielleicht auch nur der gute Erfolg der merkuriellen Behandlung die wahre Natur

der Krankheit. Die beste Behandlung in diesen Fällen bilden die Einreibungen mit grauer Salbe und zwar mit Unguentum neapolitanum fortius, in Dosen von 2 g pro die. Eine merkurielle Stomatitis kommt in der ersten Kindheit, um die es sich in diesen Fällen meist handelt, nicht vor. C. bringt die Krankengeschichte zweier Säuglinge mit den betreffenden Adenopathien, bei welchen auf diese Weise ein vollständiger Erfolg erzielt werden konnte. E. Toff (Braila).

Dalons, Das Erythema syphiloide posterosivum. (Mon. f. prakt. Dermat. 15. Juni 1905.) Nach Jaquet und Sevestre befällt diese Affektion ausschließlich Kinder in den ersten Lebensjahren. Bevorzugt sind Perineum, Skrotum, Gesäß, Hinter- und Innenfläche der Oberschenkel, Waden, d. h. alle diejenigen Teile, die beim Säugling durch Urin und Stuhl leicht beschmutzt werden. Die Dermatose beginnt als Erythema simplex, geht dann in ein Erythema vesiculosum über, verwandelt sich darauf in Erosionen und schließlich erscheint unter jeder Erosion im Laufe von 24 Stunden eine Papel, die mit einer zweiten glänzenden Epidermis bedeckt ist und einer syphilitischen Papel zum Verwechseln ähnlich sieht. Heilung erfolgt zwar rasch, doch sind Rückfälle nicht selten. Max Joseph (Berlin).

G. Rheiner (St. Gallen), Klinischer Beitrag zur Lues hereditaria infantum. (Korrespondenz-Blatt f. Schweizer Ärzte. 1905. Nr. 21.) Ein 7 Wochen altes Kind mit anderen luetischen Erscheinungen (Exantheme, Rhagaden, Rhinitis) zeigte in der vierten Lebenswoche Abnahme der willkürlichen Bewegungen in beiden Armen und im linken Bein, und es entwickelte sich eine multiple Wegnersche epiphysäre Osteochondritis und Pseudoparalyse ohne gleichzeitige klonische Kontrakturen oder spastische Erscheinungen. Trotzdem es sich um schwere Pseudoparalyse handelte und jene drei Extremitäten völlig immobil waren, zeigte sich schon 4 Tage nach Beginn der Hg-Behandlung — 2—3mal täglich 0,02 Kalomel — ein Erfolg, und nach 3 Wochen war die Pseudoparalyse verschwunden. Grätzer.

A. Pinard (Paris), Préservation des nourrices et des nourrissons contre la Syphilis. (Revue prat. d'obst. et de paed. Mai 1905.) Diese Frage ist von besonderer Wichtigkeit, da dem Staate noch vieles zu tun übrig bleibt, um sowohl die Kinder vor Infektion durch die Ammen, als auch letztere, was noch sehr wenig beachtet worden ist, vor Infektion durch die Säuglinge zu schützen.

Was den Schutz gegen die Ansteckung durch die Amme anbetrifft, so ist von Fournier mit Recht hervorgehoben worden, daß die einmalige Untersuchung der Amme nicht genüge, um sagen zu können, daß dieselbe nicht syphilitisch sei, namentlich in jenen Fällen, wo die Krankheit sich noch in der Latenzperiode befindet. Dies trifft namentlich für jene Ammen zu, welche ein Kind gesäugt haben und ihren Platz aus irgend einem Grunde wechseln, da es möglich ist, daß dieselben von ihrem früheren Pflegling infiziert worden sind und noch keine Zeichen der Krankheit darbieten, was aber nicht hindert, daß dieselbe nach Ablauf der Inkubationsperiode zum Ausbruche kommt und den zweiten Säugling infiziert.

Bezüglich der Gefahr, welche für die Ammen besteht von einem hereditär syphilitischen Kinde infiziert zu werden, wird hervorgehoben, daß auch hier besondere Vorsicht notwendig sei, da nicht alle hereditär luetischen Kinder die Krankheit gleich bei der Geburt zeigen müssen, vielmehr oft die Symptome wochen- und auch monatelang latent bleiben können.

P. schlägt daher folgende prophylaktische Maßregeln vor:

I. Allgemeine prophylaktische Mittel:

1. Alles was dem Stillen durch die eigene Mutter Vorschub leistet.

2. Alles was über die Gefahren der Syphilis und die Art der Ansteckung durch das Säugegeschäft belehrt.

II. Eigentliche prophylaktische Maßregeln:

1. Prophylaktische Behandlung der hereditären Lues durch Behandlung der Eltern vor der Prokreierung und der Mutter während der Schwangerschaft.

2. Belehrung der Eltern, welche Syphilis durchgemacht haben, daß ihre Kinder für jede Brust, mit Ausnahme der mütterlichen, gefährlich sein können.

3. Gesetzliche oder administrative Bestimmung, daß niemand ein Kind einer Amme zum Säugen übergeben darf, wenn er nicht ein ärztliches Zeugnis vorlegen kann, welches die Amme gegen eine Infektion von seiten des Kindes schützt.

4. Geschieht eine syphilitische Infektion der Amme durch den Säugling, so soll dies als ein Arbeitsunfall angesehen werden.

5. Gesetzliche oder administrative Verpflichtung für jede Amme, die ihren Platz wechselt, ein ärztliches Zeugnis vorzulegen, dahin lautend, daß das zuerst gestillte Kind an keinerlei ansteckender Krankheit leidet.

6. Besitzt eine Amme obiges Zeugnis nicht, so soll dieselbe mindestens durch 2 Monate nicht als Amme aufgenommen werden dürfen.

E. Toff (Braila).

III. Aus Vereinen und Versammlungen.

Gesellschaft für innere Medizin und Kinderheilkunde in Wien.

(Pädiatrische Sektion.)

Sitzung vom 18. Januar 1906.

Originalbericht.

Preleitner demonstriert das anatomische Präparat einer **angeborenen Dünndarmstenose.** Das Kind kam 8 Stunden nach der Geburt wegen eines großen Nabelschnurbruches zur Aufnahme. Da der Bruchinhalt sich gut reponieren ließ und Aussicht war, die Bauchspalte durch Naht zu schließen, wurde laparotomiert. Bei Eröffnung der Bauchhöhle bestand jedoch bereits Peritonitis, das Kind starb 9 Stunden nach der Operation. Es ergab sich als Nebenbefund eine nur für die

Sonde durchgängige Stenosierung des Dünndarms 20 cm oberhalb der Ileokoekalklappe, hervorgerufen durch Verwachsung des Darms mit dem Amnionsack.

Preleitner zeigt weiter ein 10 wöchentliches Kind mit angeborener partieller Makrosomie, kenntlich durch geringe Vergrößerung der linken Gesichtshälfte und der linken oberen Extremität. An den unteren Extremitäten ist die Mißbildung stärker kenntlich. Die Längendifferenz der unteren Extremitäten beträgt 1 cm zugunsten der linken Seite, die Umfänge der Extremitäten differieren um 2 cm. Durch Röntgenuntersuchung wurde festgestellt, daß die Skeletteile sonst durchaus normal sind. Solche Makrosomien sind entweder stationär oder nehmen mit fortschreitendem Wachstum zu.

Escherich demonstriert die anatomischen Präparate eines an **chronischer Perityphlitis mit komplizierenden Leberabszessen** gestorbenen 9jährigen Knaben. Dieser war 3 Wochen vor der Spitalsaufnahme unter den Symptomen einer Perityphlitis erkrankt. Die Schmerzen, die anfangs mehr diffus den ganzen Bauch betrafen, konzentrierten sich später immer mehr in die Lebergegend. Bei der Aufnahme bestand starke Lebervergrößerung, in den folgenden Tagen re- und intermittierendes Fieber. Bei der vorgenommenen Laparotomie zeigte sich die Leber wohl vergrößert, auf der Oberfläche derselben war nichts zu sehen, was auf einen Abszeß hätte hindeuten können. 6 Wochen später ging Patient unter Erschöpfung zugrunde.

Die Sektion ergab einen alten abgekapselten Abszeß im Douglas. Von diesem aus war eine Thrombose der Vena ileocolica erfolgt. Thrombose und Infektion des Thrombus setzte sich in die Vena portae und in die Lebervenen fort. Im Anschluß daran kam es zu multipler Abszeßbildung in der Leber. Die Leber war von Abszessen dicht durchsetzt, die peripher gelegenen wölbten die Leberoberfläche vor. Die Ausdehnung der Abszesse war erst nach der Operation erfolgt.

Zappert erwähnt in der Diskussion einen vollkommen ähnlich verlaufenen Fall bei einem 5—6jährigen Kinde.

Schwoner führt ein 12jähriges Mädchen vor, welches neben einer mäßigen Struma Symptome von Seite des Herzens zeigt (Pulsbeschleunigung, Herzklopfen, bebender Spitzenstoß). Vortr. zählt diesen Fall zu den leichten Formen des **Kropfherzens** (Kraus). Die Symptome bessern sieh auf Behandlung mit Thyreojodin. In schweren Fällen des Kropfherzens kommt es zu myokarditischen Veränderungen und intensiven Beschwerden.

Hamburger stellt ein 3jähriges Mädchen mit **beiderseitigen Leistendrüsenschwellungen tuberkulöser Natur** vor.

Im vorigen Jahre trat an der Kommissur der Labien ein unregelmäßig begrenztes, wenig Eiter sezernierendes Geschwür auf, dessen tuberkulöse Natur nach Ausschluß anderer Diagnosen (Gonorrhöe, Ulcera mollia, Diphtherie, Stuprum) durch Nachweis von Tuberkelbazillen festgestellt wurde. Die Diagnose primäre Genitaltuberkulose wurde weiterhin dadurch gestützt, daß das bis dahin blühend aussehende Kind an schwerer Skrofulose, allgemeinen Drüsenschwellungen erkrankte. Die Inguinaldrüsen kamen zur Vereiterung und mußten inzidiert werden. Die Heilung der Drüsenwunden ging sehr langsam vor sich. Endlich trat noch Lichen scrofulosorum auf.

Von weiterem Interesse war die Berücksichtigung der Familienverhältnisse. Da die Eltern gesund waren, auch keine tuberkulösen Wohnungsgenossen zu eruieren waren, blieb als Erklärungsmöglichkeit der Infektion der Umstand, daß eine Wohnungsnachbarin, in deren Zimmer das Kind öfters spielte und am Boden saß, tuberkulös war.

Zur Zeit der Entwicklung der Skrofulose beim demonstrierten Kinde begann auch das zweite Kind der Mutter, ein schönes Brustkind, zu fiebern, hatte Nachtschweiße, magerte stark ab und starb innerhalb kurzer Zeit an Tuberkulose. Auch die Mutter begann zu husten, magerte ab.

Die Affektion der Mutter ist klinisch ausgeheilt.

Schick demonstriert die Rachenorgane eines $5\,^1/_4$ Jahre alten Mädchens, das an **Purpura haemorrhagica nach Scharlach** gestorben.

Das Kind kam am 12. Krankheitstage zur Aufnahme, zeigte nur mehr ältere Rachennekrosen nach Scharlach. Am 16. Krankheitstage erfolgten punktförmige Blutungen in die Haut des rechten Unterarmes und später auch an anderen Körperstellen. Gleichzeitig wurden die Rachenbeläge blutig und zerfielen gangränös. Ebenso trat Hämaturie ein. Am 21. Krankheitstage Exitus. Die tief-

greifenden Rachennekrosen, welche Tonsillen, Zungengrund, hintere Rachenwand in großer Ausdehnung zerstörten, sind unter dem Einflusse der hämorrhagischen Diathese zu solcher Ausdehnung gediehen.

Riether zeigt das anatomische Präparat eines **angeborenen Herzfehlers** (Transposition der großen Gefäße). Das 2monatliche Kind wies im Leben sys- und diastolische Geräusche über dem Herzen auf.

Riether demonstriert weiter ein monatliches Kind mit **Mißbildungen an den unteren Extremitäten**, links besteht pes valgus-, rechts varus-Stellung.

Schüller führt ein 3jähriges Kind mit linksseitiger zerebraler Kinderlähmung vor, das im Bereiche der Schädelknochen Ossifikationsdefekte aufweist, die Vortr. mit den encephalitischen Veränderungen in der Weise in Zusammenhang bringt, als durch den die Encephalitis begleitenden Hydrocephalus und dadurch erhöhten Druck im Schädelinnern die Ossifikation der rachitischen Knochen verlangsamt werde.

Den Demonstrationen folgte der Vortrag Lehndorffs: **Über Lymphocytenleukämie im Kindesalter.**

Die Ehrlichsche Lehre, daß die Leukämie eine einheitliche durch einen bestimmten Blutbefund charakterisierte Erkrankung sei, ist nicht mehr aufrecht zu erhalten. Ebenso darf die Diagnose Leukämie nicht mehr aus dem Blutbefunde allein — wie Ehrlich-Pinkus behauptet hatten —, gestellt werden. Der Blutbefund ist nur ein klinisch wichtiges Symptom; er ist nur ein bedeutungsvolles Zeichen einer Allgemeinerkrankung des gesamten lymphadenoiden Gewebes, die bald einfach hyperplastisch, bald sarkomatös wuchernd verlaufen kann.

Die Befunde von Tumoren bei der Obduktion von Leukämikern, der Nachweis des Sarkomcharakters der sog. Chlorome, die Auffassung der im Blute kreisenden Zellen als atypische im normalen Blute und dessen Bildungsstätten nicht vorkommender Zellen hat Anlaß gegeben, daß sowohl Kliniker wie Pathologen entweder in jeder Leukämie oder doch in gewissen Formen der Lymphozytenleukämie eine maligne Hyperplasie der Blutbildungsorgane erblicken.

Sternberg hat bei der Lymphämie zwei verschiedene, gut histologisch und hämatologisch gekennzeichnete Formen abgrenzen wollen, **die echte Leukämie** = einfache Hyperplasie des lymphatischen Apparates, im Blute kleine Lymphozyten, und die **Leukosarkomatose** = atypische Wucherung des lymphatischen Apparates, im Blute Vermehrung großer einkerniger Elemente. Türk nimmt eine vermittelnde Stellung ein und hält beide Formen für nahe zusammengehörig.

Lehndorff hat drei Fälle von **Lymphozytenleukämien im Kindesalter** in verschieden weit vorgeschrittenen Entwicklungsstadien desselben Prozesses beobachtet.

1. Fall. 5 ½ Jahre altes Mädchen. Mächtiges **mediastinales Lymphosarkom** von der Thymus ausgehend, an dessen Aufbau hauptsächlich große Lymphozyten beteiligt waren, die in großer Zahl (50—100000) das Blutbild beherrschten. Die ersten Symptome der Erkrankung hatten sich im Anschlusse an ein kaltes Bad entwickelt.

2. Fall. 4jähriger Knabe rasch unter Erscheinungen **hämorrhagischer Diathese** gestorben. Nirgends ein sichtbarer Tumor. In der Thymus fand sich eine nußgroße derbe Stelle, außerdem mächtige Vergrößerung des lymphatischen Gewebes des Darmes (Plaques, Follikel) insbesondere des Wurmfortsatzes. Histologisch fand sich überall bösartiges Wachstum (auch in den Tonsillen, Lymphdrüsen Haufen von großen Lymphozyten).

3. Fall. 12jähriges Mädchen mit **klinisch schwerer Anämie.** Bei der Obduktion nur mäßig vergrößerte Lymphdrüsen. Histologisch zeigte sich fast überall bösartiges Wachstum.

L. faßt seine Ergebnisse folgendermaßen zusammen:

Im Kindesalter verläuft die Lymphozytenleukämie klinisch meist bösartiger als bei Erwachsenen — eine chronische Leukämie ist nicht beschrieben. Pathologisch histologisch überwiegen die atypisch wuchernden aggressiven Formen, die Leukosarkomatosen. Auffallend häufig bildet die Thymus den Ausgangspunkt. Die größere Bösartigkeit der Erkrankung im Kindesalter hat vielleicht seinen Grund darin, daß das im jugendlichen Organismus überall reichlich entwickelte lymphatische Gewebe auf pathologische Reize viel intensiver zu reagieren imstande ist als beim Erwachsenen. B. Schick (Wien).



Bericht über die 23. Sitzung der Vereinigung niederrheinisch-westfälischer Kinderärzte

vom 12. November 1905 zu Köln.

Rey berichtet über die auf dem Congrès international de laiterie und auf dem Congrès international de goutte de lait zu Paris gehaltenen Vorträge, worin er der Ermahnung des Herrn Backhaus Erwähnung tat: Die Kinderärzte möchten die Herstellung der Kindermilch denen überlassen, die etwas davon verstehen, nämlich den Milchgroßindustriellen. Hieran schloß sich eine kleine Backhausmilchdebatte ähnlich der Meraner. Selter ersucht um Entgegentreten der Backhausreklame durch geeignete Zeitungsartikel an den Orten, wo Backhausmilch verkauft werde. Cramer erkennt (als Geburtshelfer) die Vorteile der Einzelportionen,' welche die Backhausmilch biete, an, ist aber nach den Meraner und Pariser Vorkommnissen, ebenso wie Rensburg, der Ansicht, daß deren Gebrauch nach Kräften entgegenzutreten sei. Heidenheim berichtet über drei Fälle von Backhausdarmkatarrhen bei Neugeborenen, wo die Hebamme die Backhausmilch als selbst der Muttermilch überlegen empfahl und so das Selbststillen verhinderte. Er fragt an, ab man durch den Kreisarzt nicht gegen die Hebamme einschreiten könne. Siegert berichtet über eine Korrespondenz mit Backhaus wegen seiner Diskussionsbemerkungen in Meran.

Siegert demonstriert darauf einen **Fall von frühzeitiger Geschlechtsreife.** Kind von 4 Jahren, Menstruatio praecox, stark entwickelte Mammae, Behaarung der Pubes, breites Becken usw. Sodann einen Knaben von 12 Jahren mit abnormem Größenwachstum gegenüber einem 22 jährigen Infantilismus. Letzterer zeigt kleine, dünne Extremitäten, mageres, welkes Aussehen, geringe Intelligenz, Schilddrüsen-Mittellappen vorhanden, Radiogramm wie 10jähriges Kind. Eingeleitete Schilddrüsentherapie zeigt nach 3 Wochen schon Besserung.

Gernsheim berichtet über Vorkommnisse in Worms, wo von ärztlicher Seite seiner Propaganda für Selbststillen der Mütter Schwierigkeiten bereitet wurden.

Hierzu bemerkt Selter, daß nicht überall die kreisärztliche Hilfe so schwer zu erhalten sei. Dagegen durfte unsererseits auf das energischste für das Verbot der Einleitung künstlicher Ernährung durch die Hebamme gedrungen werden; er halte den Einwand, daß nicht überall der Arzt zur Stelle sein könne, für ungerechtfertigt.

Spiegel (Haan) berichtet über das **Auftreten von akuten Darmkatarrhen im Anschluß an die Impfung.** Von 15 Kindern, die mit frischer Lymphe geimpft wurden, erkrankten fünf unter den Erscheinungen des akuten Darmkatarrhs mit einem Absturz der Gewichtskurve bis zu 500 g, wobei die Temperatur bis auf 39,5° stieg. Mit derselben Lymphe wurden nach 4wöchiger Lagerung 13 Kinder geimpft unter denselben Bedingungen, wie Desinfektionsmaßregeln, Zahl der Impfschnitte, Verband usw. Von diesen Kindern kamen bei 50 % überhaupt keine Pusteln zur Entwicklung, bei den mit Erfolg geimpften zeigte keines Erscheinungen von seiten des Darmkanals. Beide Impfungen fanden im Hochsommer statt, der lokale Impfprozeß verlief in allen Fällen ohne Komplikatonen. Sp. sieht in diesen postvakzinösen Darmkatarrhen ein Analogon zu den nach Infektionskrankheiten wie Masern, Scharlach und Angina auftretenden Darmstörungen.

Zur Diskussion bemerkt Cramer: Wenn im Anschluß und im Zusammenhang mit der Impfung Darmstörungen besonders in den heißen Sommermonaten entstehen, so werden diese leicht fälschlich der Impfung zur Last gelegt und den Impfgegnern ein willkommenes Material geliefert. Es wäre dringend notwendig, die öffentlichen und privaten Impfungen grundsätzlich nur in der kalten Jahreszeit zu machen.

Triepke führt das Entstehen der Durchfälle auf das die Impfung begleitende Fieber zurück, da die von Spiegel geimpften Kinder bis auf eines über ein Jahr alt waren; ältere Kinder reagieren stärker, er empfiehlt deshalb zwischen 8—10 Monaten zu impfen und ganz seichte Schnitte.

Aus reicher Erfahrung schöpfend, behandelt der Verf. auch diesen Gegenstand mit großer Ausführlichkeit und zeigt an einigen Fällen, die sehr instruktiv sind und uns alle Einzelheiten in klarer und fesselnder Form vor Augen führen, welchen Schwierigkeiten man in praxi begegnet und wie man dieselben überwindet. Das 132 Seiten starke Büchlein sei zum Studium warm empfohlen.
Grätzer.

B. Salge. **Therapeutisches Taschenbuch für die Kinderpraxis.** 2. Auflage. Berlin. Verlag von Fischers mediz. Buchhandlung H. Kornfeld. Preis: Mk. 2,80.

Wir haben schon beim ersten Erscheinen das vorliegende Buch freudig begrüßt und seine Vorzüge hervorgehoben. Diese scheinen auch von den Kollegen sehr bald anerkannt worden zu sein, da schon wenige Monate später eine Neuauflage notwendig geworden ist. Diese Kürze des Zeitintervalls brachte es mit sich, daß in dieser große Veränderungen nicht vorgenommen worden sind; immerhin hat der Autor manches verbessert und hinzugefügt. Sicher wird sich das inhaltlich recht lobenswerte und auch äußerlich sehr gut ausgestattete Buch zu den alten Freunden manche neue hinzugewinnen. Grätzer.

A. Czerny und A. Keller. **Des Kindes Ernährung, Ernährungsstörungen und Ernährungstherapie.** 6. Abteilung, 1. und 2. Hälfte. Verlag von Fr. Deuticke, Leipzig u. Wien. Preis: Mk. 4,50.

In der ersten Hälfte dieser Abteilung wird der erste Abschnitt des Werkes: „Ernährung des gesunden Kindes“ geschlossen, in der zweiten Hälfte der zweite Abschnitt: „Ernährungsstörungen und Ernährungstherapie“ begonnen. In diesem Abschnitt unterscheiden die Verff. drei Krankheitsgruppen:

1. Ernährungsstörungen ex alimentatione;
2. Ernährungsstörungen ex infectione;
3. Ernährungsstörungen durch angeborene Fehler in der Konstitution und dem Bau des Körpers.

Wir werden auf diese Kapitel zurückkommen, sobald die Fortsetzung erscheinen wird, was hoffentlich recht bald der Fall ist, damit wir dies vortreffliche, außerordentlich lehrreiche Werk in toto benutzen können. Grätzer.

Neue Dissertationen.

(Aus deutschen Universitäten.)

Brüggemann, J., Über Darminvagination mit besonderer Berücksichtigung des Kindesalters (Gießen). — **Delius, R.**, Beitrag zur Kasuistik der Tuberkulose im Kindesalter (München). — **v. Dewitz, O.**, Beiträge zur Hilfsschulfrage (Freiburg i. B.). — **Glaser, W.**, Kongenitales malignes Lymphangiom des Halses (München). — **Götze, E.**, Krankheitsfrequenz im Kindesalter. Nebst einer Statistik über Scharlach- und Diphtherieerkrankungen in Halle a. S. in den Jahren 1900—1904 (Halle). — **Halberstadt, S.**, Über kongenitale Atresie der Arter. pulmonalis bei intaktem Septum ventriculi (Halle). — **Heuermann, M.**, Ein Fall von Hernia diaphragmatica congenita beim Neugeborenen (Halle). — **Krebs, P.**, Über einen neuen seltenen Fall kongenitaler Knorpelreste am Halse (Breslau). — **Kuchenbauer, O.**, Ein Fall von Hydromyelie, kombiniert mit Hydrocephalus internus congenitus (München). — **Leitner, A.**, Über überzählige Finger an Hand und Fuß (Erlangen). — **Mahlcke, W.**, Beitrag zur Kasuistik der Lehre von der Sehnentransplantation. Zusammenstellung der von 1899—1905 in der Kieler chirurgischen Klinik operierten Fälle (Kiel). — **Molina-Castilla, J.**, Knochenveränderungen bei Rachitis (Freiburg i. B.). — **Noack, E.**, Intelligenzprüfungen bei epileptischem Schwachsinn (Berlin). — **Pansch, K.**, Über Stenose des Isthmus aortae mit gleichzeitiger Persistenz des Ductus arteriosus Botalli bei Neugeborenen (Gießen). — **Peschle, S.**, Zur Ätiologie der Poliomyelitis acuta infantum (Berlin). — **Pinczower, A.**, Beiträge zur Kenntnis der Globulinurie bei Kindern (Freiburg i. B.). — **Piwowarski, J.**, Über einen seltenen Fall von malignem Ovarialtumor bei einem Kinde (Breslau). — **Pöhlmann, A.**

Wachsartige Degeneration eines Extremitätenmuskels beim Kinde unter dem Bilde eines Tumors (München). — **Ruge, K.**, Über angeborene Herzfehler, mit besonderer Berücksichtigung der entzündlichen Stenose und Atresie der Aorta (Kiel). — **Thielen, H.**, Über die Sterblichkeit früh- und rechtzeitig geboreuer Kinder in den ersten 9 Wochentagen (Freiburg i. B.). — **Wiese, O.**, Über einen Fall von Splenektomie wegen Milztumor im frühen Kindesalter (Leipzig). — **Zeitler, G.**, Multiple periostale Abszesse bei kryptogener Sepsis des Kindes (München). — **Zweig, A.**, Zur Lehre von der persistierenden Pupillenmembran (Gießen).

VI. Monats-Chronik.

Berlin. In dem **Gesetz betreffend die Bekämpfung gemeingefährlicher Krankheiten** sind Bestimmungen über die **Masern** und den **Keuchhusten** nicht getroffen worden. Um aber gegenüber diesen Krankheiten eine Handhabe zu besitzen, ist durch § 5 des Gesetzes bestimmt, daß das Staatsministerium die Anzeigepflicht einführen kann, wenn und solange eine dieser Krankheiten epidemisch auftritt. Die Möglichkeit, die Verbreitung von Masern und Keuchhusten zu bekämpfen, ist daher auch künftig gegeben. Die Ministerialerlasse vom 14. Juni 1884 und 25. August 1902 betreffend die Verhütung der Übertragung ansteckender Krankheiten durch Schulen sind ebenso wie die übrigen früheren bezüglichen Bestimmungen durch das neue Gesetz aufgehoben. Es ist jedoch, wie wir erfahren, beabsichtigt, in nächster Zeit eine Anweisung zu erlassen, welche die Bekämpfung aller übertragbaren Krankheiten in den Schulen einheitlich regelt.

— Der Stadtverordnete Arons hat beantragt, der Magistrat solle die Zahl der **Schulärzte** so vermehren, daß nur zwei Schulen auf jeden kommen.
(Deutsche med. Wochenschrift. 1906. Nr. 2.)

Charlottenburg. **Eine Musteranstalt zur Bekämpfung der Säuglingssterblichkeit** soll demnächst hier ins Leben treten und derselben aus dem städtischen Grundbesitz Charlottenburgs ein Grundstück von 12500 qm unentgeltlich zum Eigentum überlassen werden. In der Begründung der betreffenden Magistratsvorlage wird ausgeführt: Die Säuglingssterblichkeit in Deutschland ist außerordentlich hoch, es wird hierin nur noch von Rußland und Österreich-Ungarn übertroffen. Mehr als ein Fünftel aller lebendgeborenen Kinder vollenden nicht das erste Lebensjahr, so sind z. B. im Jahre 1903 von fast zwei Millionen lebendgeborenen Kindern rund 405000 im Alter bis zu einem Jahre gestorben. Die Todesursache ist in zwei Dritteln aller Fälle in Ernährungsstörungen zu suchen, und zwar nach den Erfahrungen nicht in zu geringer, sondern in falscher Ernährung; auch die Sterblichkeit der künstlich ernährten Kinder ist weit höher als diejenige der mit Muttermilch ernährten. Demnach ist es besonders notwendig, neben einer Belehrung der Mütter über die günstigen Folgen des Stillens, die künstliche Ernährung der Säuglinge zu vervollkommnen, die Produktion, Behandlung und Keimfreimachung der Kuh- und Ziegenmilch für die Säuglingsernährung zu verbessern. Es handelt sich daher bei Errichtung der Anstalt nicht um ein Säuglingsheim oder Krankenhaus oder sonstige lokale Einrichtung, sondern um eine Anstalt, in der mit Hilfe geeigneter Kräfte auf wissenschaftlichem Boden praktische und theoretische Erfahrungen in einer ganz bestimmten Richtung und in einer so umfassenden, in ihren einzelnen Teilen derart ineinandergreifenden Form gesammelt werden können, daß man von ihrem Ergebnis einen segenbringenden Einfluß auf eine wesentliche Herabminderung der Säuglingssterblichkeit erwarten darf. Die gesammelten Erfahrungen sollen Gemeingut der deutschen Nation werden, sie sollen deswegen nicht nur in geeigneter Form veröffentlicht werden, es soll auch die Anstalt Ärzten aus dem ganzen Reiche zum Studium offenstehen. Die eine Abteilung der Anstalt soll deshalb der Forschung und der Sammlung von Erfahrungen auf dem Gebiete der Vorbereitung und der Durchführung des Stillgeschäftes dienen. Dementsprechend sollen Unterkunftsräume für Schwangere, eine Entbindungs- und Wöchnerinnenstation, sowie ein Mutterheim geschaffen werden, in dem die Entbundenen mit ihren Kindern zum Zweck der natürlichen

Ernährung bis zu 3 Monaten bleiben. Die zweite Abteilung soll der Erforschung der künstlichen Ernährung von der Produktion der Kuh- und Ziegenmilch zur Säuglingsnahrung bis zu ihrer Wirkung auf die Ernährung der Kinder dienen. Der Kaiser und die Kaiserin haben bereits als die ersten einen namhaften Betrag gespendet, um den Beginn des geplanten Werkes zu ermöglichen. Der vorbereitende Ausschuß, dem Minister von Thielen, die Ministerialdirektoren Dr. Althoff und Dr. Foerster, Geh. Obermedizinalrat Dr. Dietrich, Prof. Dr. Heubner, Geh. Baurat Schmieden, Kommerzienrat Frenckel und Kabinettsrat von Behr-Pinnow angehören, hat sich an die Stadtgemeinde Charlottenburg mit der Bitte gewandt, für den Zweck der Anstalt einen geeigneten Bauplatz herzugeben. (Allgem. med. Zentral-Ztg. 1906. Nr. 2.)

München. Wie Münchener Blätter melden, plant die bayerische Staatsregierung die Errichtung einer **Station zur Herstellung von Heilserum** in Bayern. Der Ort, wo diese Station ihren Platz finden soll, ist jedoch noch nicht gewählt; jedenfalls wird die Station in die Nähe einer der Universitäten oder unmittelbar in Verbindung mit einer derselben kommen.

Göttingen. Der hiesige Privatdozent Dr. E. Schreiber ist als Nachfolger von Geh.-Rat Aufrecht zum Oberarzt der inneren Abteilung des altstädtischen Krankenhauses in Magdeburg gewählt worden.

Breslau. Die Stadtverordnetenversammlung beschloß, zur Silberhochzeit des Kaiserpaares ein **Säuglingsheim** zu errichten, dessen einmalige Kosten auf 360000 Mk. und jährliche Kosten auf 40000 Mk. veranschlagt sind.

Dresden. Zum dirigierenden Oberarzt des Dresdener Säuglingsheims wurde der Privatdozent an der Universität und Oberarzt an der Kinderklinik der Charité in Berlin Herr Dr. med. Salge gewählt. Derselbe wird als Dozent für Kinderheilkunde an den regelmäßig in Dresden stattfindenden Fortbildungskursen für praktische Ärzte eintreten. Ebenso bleibt der Anstalt unter seiner Leitung gemäß einer Zusage der in Betracht kommenden offiziellen Instanzen das Recht der Ausbildung von praktischen Ärzten im sog. Externat und die Annahme von Praktikanten.

Bordeaux. Th. Piéchaud, Professor der chirurgischen Kinderklinik zu Bordeaux ist gestorben.

Palermo. Dr. R. Buccheri, bisher Privatdozent an der med. Fakultät zu Neapel, habilitierte sich für pädiatrische Chirurgie.

Neapel. Habilitiert: Dr. P. Mazzeo für Pädiatrie.

Ofen-Pest. Als Privatdozent wurde bestätigt: Dr. med. Cornel Preisich für Pathologie der Kinderkrankheiten.

Tuberkulose an amerikanischen Schulen. Die Schuldeputation der Schulverwaltung in Chicago hat kürzlich mit Einstimmigkeit den folgenden Entschluß gefaßt. Es soll ein Komitee gewählt werden, das genaue Vorschriften auszuarbeiten hat, um alle Kinder, welche mit tuberkulösen Erkrankungen in irgend einer Form behaftet sind, von dem Besuch der öffentlichen Schulen auszuschließen. Das Komitee ist ferner ermächtigt, einen Plan auszuarbeiten zur ärztlichen Untersuchung und Überwachung aller verdächtigen Kinder und zur Bestallung der ärztlichen Untersucher, darüber zu entscheiden, ob solchen Kindern ein Platz im Schulraum zugesprochen oder verweigert werden soll.

Schulzahnkliniken. Nach dem Bericht 1905 der Straßburger Schulzahnklinik, wurden vom 1. Oktober 1904 bis 1. Oktober 1905 untersucht 6900 Kinder, behandelt 4968 Kinder mit 4822 Füllungen und 6550 Extraktionen. — Bei der großen Zahl der untersuchten und behandelten Volksschulkinder dringt diese Erkenntnis allmählich auch in alle Bevölkerungsschichten, ganz besonders aber — und das ist am wichtigsten — in die ärmeren Bevölkerungsschichten und in die Arbeiterkreise. Und deshalb ist gerade die unentgeltliche Behandlung, die rationelle und systematische Sanierung des Mundes unserer Kinder ein wertvolles Mittel zur Hebung der Volksgesundheit.

Verantwortlicher Redakteur: Dr. Eugen Graetzer in Sprottau. — Verlag von Johann Ambrosius Barth in Leipzig. — Druck von Metzger & Wittig in Leipzig.

Centralblatt für Kinderheilkunde.

Eine Monatsschrift für praktische Ärzte.

XI. Jahrgang. 1. April 1906. No. 4.

I. Originalbeiträge.

Aus der Kinderpflege- und Heilanstalt „St. Elisabeth-Kinderheim“ zu Halle a. S.

Beitrag zur Eisentherapie im Kindesalter: „Eubiose“.

Von

Dr. med. **A. Klautsch,**

dirig. Arzt der Anstalt.

Unter den uns zu einer erfolgreichen Behandlung aller auf Verarmung des Blutes an Eisen beruhenden Erkrankungen zu Gebote stehenden Eisenpräparaten verdienen diejenigen, welche das Eisen in einer organischen Verbindung enthalten, entschieden den Vorzug vor den anorganischen Präparaten. Nur ein außerordentlich kleiner Teil des in den Organismus eingeführten anorganischen Eisens gelangt zur Resorption und vielleicht noch weniger zur Assimilation, der größte Teil desselben dagegen verläßt unverbraucht wieder den Organismus, dabei oftmals einen ungünstigen, ja direkt schädlichen Einfluß auf den Verdauungstraktus ausübend, während die organischen Präparate, wie vielfache diesbezügliche Untersuchungen mit Sicherheit ergeben haben, vollständig und ohne jede unerwünschte Nebenwirkung von der Darmschleimhaut aus zur Resorption gelangen; das in denselben enthaltene Eisen wird assimiliert und in den einzelnen Organen (Leber, Milz, Knochenmark usw.) deponiert, um dann im Bedarfsfalle als Reserveeisen zu funktionieren.

Unter den organischen Eisenpräparaten zeichnen sich wieder diejenigen, welche das Eisen in einer solchen Form enthalten, wie es sich im lebenden Organismus präformiert vorfindet, durch eine besondere Wirksamkeit aus. In die Reihe dieser Blut-Eisenpräparate gehört auch die von der Eubiose-Gesellschaft in Hamburg in den Handel gebrachte „Eubiose“, ein flüssiges kohlensaures Hämoglobin-Eiweißpräparat von angenehmem, Vanillekakao ähnlichem Geschmack und Geruch. Vor anderen flüssigen Blutpräparaten unterscheidet sich die „Eubiose“ vorteilhaft durch:

1. Eine alleräußerste Eiweißkonzentration, ca. 32,25 %, während das bekannte Hämatogen Hommel nur 19,12 % enthält.

2. Freisein von Glyzerin und jeglichen chemischen und konservierenden Zusätzen.

3. Den fast physiologischen hohen Gehalt an Mineralstoffen des

Blutes (1,64 %), wie Eisenoxyd, metallisches Eisen, Phosphor (Lecithin) usw.

4. Die überaus anregende, tonisch exzitierende Wirkung der chemisch gebundenen, nicht freien Kohlensäure auf Herz und Verdauungstraktus.

5. Vollkommenste Ausnutzung: es wird zu $98\,^2/_3$ % vom menschlichen Körper völlig resorbiert; es gehen also nur $1\,^1/_3$ % bei der Verdauung des menschlichen Organismus verloren; bei der reinen Milch beträgt der Verlust immerhin noch $6\,^3/_4$ %.

Diese Eubiose ist eine wohlschmeckende etwas dickliche Flüssigkeit von dunkler, schwärzlicher Farbe, und ist frei von dem widerlichen, an Blut erinnernden Geruch anderer organischer Eisenverbindungen.

Angeregt durch die günstigen Gutachten, welche von einer großen Zahl von Ärzten und ärztlichen Leitern von Heilanstalten über die Wirkung der Eubiose bei den verschiedensten Formen von Chlorose und anämischen Zuständen abgegeben waren, habe ich mit dem Präparat, um seine Brauchbarkeit und Wirksamkeit im Kindesalter zu erproben, bei einer Anzahl von Kindern, wie sie mir im hiesigen St. Elisabeth-Kinderheim gerade zur Verfügung standen, im Laufe des vergangenen Jahres Versuche anzustellen Gelegenheit genommen. Es waren folgende acht Kinder, die bereits aus dem Säuglingsalter heraus waren, und bei denen eine Regeneration des Blutes nicht allein wünschenswert, sondern auch durchaus notwendig war.

1. Paul H. (J.-Nr. 1905. Nr. 32) aus Osterburg, geboren am 15. März 1903, aufgenommen 15. Juli 1905. Ein blasses Kind mit Residuen überstandener Rachitis an Kopf, Thorax und namentlich Extremitäten, der Appetit nur wenig entwickelt, sehr verdrießliches, teilnahmloses Wesen. Dauer der Eubiose-Darreichung 2 Monate.

2. Karl T. (J.-Nr. 1905. Nr. 22) aus Burg, geboren 31. Mai 1902, aufgenommen 28. Mai 1905. Leidlich gut entwickeltes Kind, das Nahrungsbedürfnis nur gering. Gesichtsfarbe etwas blaß. Dauer der Eubiose-Darreichung 6 Wochen.

3. Willy W. (J.-Nr. 1905. Nr. 19) aus Halberstadt, geboren 10. April 1901, aufgenommen 28. November 1904. Stark anämisches, schlecht genährtes, aber sehr intelligentes Kind, äußerst schwach und hinfällig, Appetit schlecht, Spondylitis. Dauer der Eubiose-Darreichung $2\,^1/_2$ Monate.

4. Anna K. (J.-Nr. 1905. Nr. 15) aus Dessau, geboren 19. September 1901, aufgenommen 16. Juli 1904. Kleines schwächliches, mäßig genährtes Kind von ungemein blasser Gesichtsfarbe, der Appetit war sehr ungleichmäßig. Dauer der Eubiose-Darreichung 2 Monate.

5. Anna O. (J.-Nr. 1905. Nr. 57) aus Staßfurt, geboren 25. Dezember 1901, aufgenommen 1. August 1905. Im allgemeinen zwar gut genährtes Kind, dessen Schleimhäute jedoch die Zeichen hochgradiger Anämie darbieten. Dauer der Eubiose-Darreichung 4 Wochen.

6. Paul T. (J.-Nr. 1905. Nr. 21) aus Burg, geboren 15. Mai 1901, aufgenommen 28. Mai 1905. Mäßig entwickeltes Kind, das durch eine rechtsseitige Pneumonie in seiner Ernährung sehr zurückgekommen war. Dauer der Eubiose-Darreichung 5 Wochen.

7. Frieda H. (J.-Nr. 1905. Nr. 53) aus Oldenburg, geboren 27. November 1900, aufgenommen 15. Juli 1904. Äußerst muskelschwaches, spärlich entwickeltes Kind, blasse Gesichtsfarbe, schlechter Appetit. Dauer der Eubiose-Darreichung 2 Monate.

8. Engelbert K. (J.-Nr. 1905. Nr. 14) aus Dessau, geboren 30. November 1899, aufgenommen 16. Juli 1904. Leidlich gut genährtes Kind, das eine hochfieberhafte Influenza durchgemacht hat und danach sich nicht recht erholen wollte. Der Appetit ließ sehr zu wünschen übrig. Dauer der Eubiose-Darreichung 4 Wochen.

Das Ergebnis der Eubiose-Medikation in diesen Fällen war zunächst, daß der Appetit der Kinder eine entschieden günstige Beeinflussung erfuhr und zwar in verhältnismäßig kurzer Zeit, schon am Ende der ersten Woche. Die Folge des vermehrten Appetites war dann eine größere Nahrungsaufnahme als vorher, was naturgemäß wieder erheblich dazu beitrug, daß die Kinder, deren Ernährungszustand mehr oder weniger zu wünschen übrig ließ, nunmehr wesentlich gekräftigt wurden, zufriedenstellendere Ernährungsverhältnisse erkennen ließen und an Körpergewicht gut zunahmen. Gleichzeitig damit wurden auch allmählich die sichtbaren Zeichen der Anämie rückgängig. Die Kinder bekamen mit der Zeit eine bedeutend lebhaftere, frischere und gesündere Farbe ihrer Haut und der sichtbaren Schleimhäute, namentlich der Lippen, Wangen und des Zahnfleisches. Daß in der Tat auch eine Vermehrung des Hämoglobins bei ihnen eintrat, ergaben in unzweideutiger Weise wiederholt vorgenommene Untersuchungen des Blutes mit der Hämoglobinskala von T. W. Talquist. Ich bemerke noch, daß ich den Kindern von dem Präparat täglich 3 Teelöffel rein und zwar jedesmal vor der Mahlzeit verabreichen ließ. Die Kinder nahmen ohne Ausnahme und anstandslos ihre Medizin, ohne jemals Widerwillen dagegen zu äußern. Irgendwelche Rücksichtnahme auf die Speisen war während der Zeit nicht notwendig.

Wenn auch die Zahl meiner Beobachtungen keine große ist, so glaube ich doch, daß sie ausreichend sind, um den Wert der Eubiose und ihre Wirksamkeit auch bei anämischen Zuständen im Kindesalter zu erweisen, und zu weiteren Versuchen anzuregen.

Die direkt appetitanregende Wirkung des Präparates in Verbindung mit der entschieden günstigen Beeinflussung der Blutverhältnisse innerhalb kurzer Zeit, seine gute Bekömmlichkeit und leichte Verdaulichkeit und nicht zum wenigsten sein angenehmer Geschmack sind Eigenschaften und Vorzüge, die uns bei der Behandlung aller auf Verarmung des Blutes an Eisen beruhenden Erkrankungen gerade im Kindesalter sehr erwünscht sind. Der Preis der Eubiose beträgt für die Flasche von ca. 250 g Inhalt Mk. 2,25.

II. Referate.

A. Schweitzer, Über das Protylin und Arsylin „Roche". (Gyógyászat. 1905. Nr. 31.) Diese Erzeugnisse von Hoffmann-Roche sind überaus leicht verdaulich und von großem Nährwert. Bei kachektischen, herabgekommenen und anämischen Patienten leistet das Protylin, bei Malaria, Malaria-Kachexie und Hauterkrankungen das Arsylin Hervorragendes. Ernö Deutsch (Budapest).

L. Laquer (Frankfurt a. M.), Erfahrungen über die Anwendung von Eisen und Arsen. (Die Therapie der Gegenwart. September 1905.) L. hat Arsen-Ferratose mit bestem Erfolge bei

Anämie, Chlorose, Neurasthenie, Hysterie gegeben. Auch bei einer größeren Reihe schlecht genährter und erschöpfter Schulmädchen erwies sich dies Präparat als vortreffliches Tonikum. Drei Fälle von Chorea minor bei Schulmädchen von 8—11 Jahren wurden damit behandelt (3—4 Teelöffel pro die) und besserten sich dabei überraschend schnell.

Grätzer.

Fr. Burger (Koburg), Über innerliche Darreichung von Lysol bei Anämie und seine mächtig den Appetit anregende Wirkung. (Münch. med. Wochenschrift. 1905. Nr. 9.) Besonders bei Kindern zwischen 2 und 12 Jahren zeigt ein guter Teil der Fälle von Anämie, wenn sie als Begleiterscheinung der lymphatisch-skrofulösen Diathese auftritt, gleichzeitig sehr unregelmäßige, schlechte Verdauung und abnorme Gärungen im Darm; die Stühle sind meist dünnflüssig, riechen fötid, der Leib ist stark aufgetrieben. Beseitigt man diese Darmgärung nicht, so beeinflußt die Resorption der Gärungsprodukte weiter das Allgemeinbefinden und die Blutbeschaffenheit, eine Gesundung jener Kinder tritt nicht ein.

Gegen jene Gärung hat nun B. mit Erfolg Lysol angewandt und gefunden, daß dasselbe absolut nicht schadet, selbst in Tagesgabe von 0,75—1 g bei Kindern von 2—4 Jahren, bis zu 2 g bei älteren. Die Darmtätigkeit wurde sehr günstig beeinflußt, die Stühle wurden normal das Allgemeinbefinden und die Anämie besserten sich zusehends, vor allem aber regte Lysol den Appetit so mächtig an, daß B. bald gegen bloße Appetitlosigkeit Lysol verordnete und die Patienten ohne ärztliche Ordination von der Apotheke die „Freßpillen“ haben wollten. Das Rezept lautet:

Rp. Lysol. 5,0
Succ. Liq.
Pulv. Liq. qu. s. ut f. p. Nr. 50.
S. 1—2stündl. 1 Pille.

Bei stärkeren Durchfällen setze man etwas Extr. Opii zu, bei hochgradiger Chlorose bewährte sich eine Kombination mit Ferr. reduct. und Magnes. ust. Die Pillen riechen und schmecken ja nicht gut, aber mit Energie erreicht man, daß sie genommen werden.

Grätzer.

W. Nebel, Über Bioferrin und einige Bemerkungen über Anämie bei Säuglingen. (Aus dem Versorgungshause für Mütter und Säuglinge in Haan bei Solingen.) (Deutsche med. Wochenschrift. 1905. Nr. 24.) Bioferrin hat sich bei kleinen anämischen Kindern bestens bewährt. Die Versuche fielen so befriedigend aus, daß N. zu dem Schlusse kommt, daß „Bioferrin ein sehr beachtenswertes Eisenpräparat ist, das besonders in der Kinderpraxis wegen seines angenehmen Geruches, Geschmackes, seiner flüssigen Form und schönen, klaren Farbe und ferner seiner guten Ausnutzbarkeit gerade in kleinen Gaben zu weitester Verbreitung berufen erscheint.“

Was nun die Anämie bei Säuglingen anbetrifft, so fiel sowohl N. wie seinem Chef (Dr. Selter) bei den Hämoglobinbestimmungen (nach der Tallquistschen Methode) auf, daß hochgradig anämisch

aussehende Kinder einen Hämoglobingehalt von 70—80 % aufweisen. N. sagt darüber nun folgendes:

Wenn man Anämie als klinisches Symptom vor sich hat, so könnte

1. das Blutvolumen vermindert und die fehlende Menge durch stärkeren Gefäßtonus ausgeglichen sein; die Blutzusammensetzung brauchte sich dann nicht von der Norm zu entfernen;

2. der Mangel an normal zusammengesetztem Blut könnte durch die Aufnahme anderer Flüssigkeit beseitigt sein. Es würde also eine Verdünnung des Blutes eintreten. Der Gefäßtonus braucht hierbei nicht auszuhelfen.

In den meisten Fällen von Anämie dürfte es sich wohl um ein Zusammenwirken beider Faktoren, aber in verschiedenem Grade handeln.

Ich halte es nun für möglich, daß diese anämischen Kinder mit dem verhältnismäßig hohen Hämoglobingehalte von 70—80 % in der Tat anämischer sind, als sie nach der Hämoglobinbestimmung erscheinen, und daß es sich um eine Blutarmut in des Wortes wörtlicher Bedeutung, um eine „Haematopenia vera", handelte. Der Körper ist nach vielfacher Erfahrung bestrebt, die Zusammensetzung seines Blutes nur innerhalb geringer Grenzen schwanken zu lassen. Es müßte also der Gefäßtonus den Blutmangel ausgleichen. Bei der größeren Elastizität der kindlichen Gewebe ist es keine allzu starke Behauptung, wenn man den kindlichen Gefäßen größere Kontraktilität, mithin ergiebigeren Tonus zuschreibt. Daß nun gerade der Tonus bei dieser Anämie vornehmlich in Wirksamkeit tritt, dafür scheint mir das anämische Aussehen der Kinder, die bleiche Hautfarbe zu sprechen. Die Hautkapillaren sind entsprechend dem ganzen Gefäßsystem stärker kontrahiert, also schmaler und zierlicher. Die Beimischung der Rotkomponente zur Hautfarbe, die von ihnen stammt, ist geringer. Die Kinder erscheinen also bei fast normalem Hämoglobingehalte bleich, weil die Hautgefäße wegen des Blutmangels stark kontrahiert sind und in einem Zustande lange Zeit verharren, der sich beim Gesunden nur vorübergehend einstellen kann — beim Erbleichen.

Grätzer.

O. Gondesen, Über die blutstillende Wirkung des „Paranephrin Merck", beobachtet in einem Falle von Hämophilie. (Wiener klin.-therap. Wochenschrift. 1905. Nr. 48.) Es handelt sich um ein 12jähriges hämophiles Mädchen, das nach einer Zahnextraktion eine lebensbedrohende Blutung aus der Alveole bekam. Diese stand erst auf Kompression mit in die Paranephrinlösung getauchten Wattestückchen, und als die Blutungen noch 2mal wiederkamen, tat diese Behandlung wieder ihre Schuldigkeit und wirkte hier direkt lebensrettend.

Grätzer.

I. Snow, Eye Symptoms of Infantile Scurvy. (Archives of Pediatrics. 1905. Vol. 22. S. 577.) S. beobachtete eine starke Proptosis des rechten Auges und eine weniger ausgesprochene Proptosis des linken Auges bei einem 9 Monate alten Kinde, das an Scorbutus litt. Die unteren und oberen Augenlider waren angeschwollen

Bezüglich der Gefahr, welche für die Ammen besteht von einem hereditär syphilitischen Kinde infiziert zu werden, wird hervorgehoben, daß auch hier besondere Vorsicht notwendig sei, da nicht alle hereditär luetischen Kinder die Krankheit gleich bei der Geburt zeigen müssen, vielmehr oft die Symptome wochen- und auch monatelang latent bleiben können.

P. schlägt daher folgende prophylaktische Maßregeln vor:

I. Allgemeine prophylaktische Mittel:

1. Alles was dem Stillen durch die eigene Mutter Vorschub leistet.

2. Alles was über die Gefahren der Syphilis und die Art der Ansteckung durch das Säugegeschäft belehrt.

II. Eigentliche prophylaktische Maßregeln:

1. Prophylaktische Behandlung der hereditären Lues durch Behandlung der Eltern vor der Prokreierung und der Mutter während der Schwangerschaft.

2. Belehrung der Eltern, welche Syphilis durchgemacht haben, daß ihre Kinder für jede Brust, mit Ausnahme der mütterlichen, gefährlich sein können.

3. Gesetzliche oder administrative Bestimmung, daß niemand ein Kind einer Amme zum Säugen übergeben darf, wenn er nicht ein ärztliches Zeugnis vorlegen kann, welches die Amme gegen eine Infektion von seiten des Kindes schützt.

4. Geschieht eine syphilitische Infektion der Amme durch den Säugling, so soll dies als ein Arbeitsunfall angesehen werden.

5. Gesetzliche oder administrative Verpflichtung für jede Amme, die ihren Platz wechselt, ein ärztliches Zeugnis vorzulegen, dahin lautend, daß das zuerst gestillte Kind an keinerlei ansteckender Krankheit leidet.

6. Besitzt eine Amme obiges Zeugnis nicht, so soll dieselbe mindestens durch 2 Monate nicht als Amme aufgenommen werden dürfen.

E. Toff (Braila).

III. Aus Vereinen und Versammlungen.

Gesellschaft für innere Medizin und Kinderheilkunde in Wien.

(Pädiatrische Sektion.)

Sitzung vom 18. Januar 1906.

Originalbericht.

Preleitner demonstriert das anatomische Präparat einer **angeborenen Dünndarmstenose.** Das Kind kam 8 Stunden nach der Geburt wegen eines großen Nabelschnurbruches zur Aufnahme. Da der Bruchinhalt sich gut reponieren ließ und Aussicht war, die Bauchspalte durch Naht zu schließen, wurde laparotomiert. Bei Eröffnung der Bauchhöhle bestand jedoch bereits Peritonitis, das Kind starb 9 Stunden nach der Operation. Es ergab sich als Nebenbefund eine nur für die

Sonde durchgängige Stenosierung des Dünndarms 20 cm oberhalb der Ileokoekalklappe, hervorgerufen durch Verwachsung des Darms mit dem Amnionsack.

Preleitner zeigt weiter ein 10 wöchentliches Kind mit angeborener partieller Makrosomie, kenntlich durch geringe Vergrößerung der linken Gesichtshälfte und der linken oberen Extremität. An den unteren Extremitäten ist die Mißbildung stärker kenntlich. Die Längendifferenz der unteren Extremitäten beträgt 1 cm zugunsten der linken Seite, die Umfänge der Extremitäten differieren um 2 cm. Durch Röntgenuntersuchung wurde festgestellt, daß die Skeletteile sonst durchaus normal sind. Solche Makrosomien sind entweder stationär oder nehmen mit fortschreitendem Wachstum zu.

Escherich demonstriert die anatomischen Präparate eines an **chronischer Perityphlitis mit komplizierenden Leberabszessen** gestorbenen 9 jährigen Knaben. Dieser war 3 Wochen vor der Spitalsaufnahme unter den Symptomen einer Perityphlitis erkrankt. Die Schmerzen, die anfangs mehr diffus den ganzen Bauch betrafen, konzentrierten sich später immer mehr in die Lebergegend. Bei der Aufnahme bestand starke Lebervergrößerung, in den folgenden Tagen re- und intermittierendes Fieber. Bei der vorgenommenen Laparotomie zeigte sich die Leber wohl vergrößert, auf der Oberfläche derselben war nichts zu sehen, was auf einen Abszeß hätte hindeuten können. 6 Wochen später ging Patient unter Erschöpfung zugrunde.

Die Sektion ergab einen alten abgekapselten Abszeß im Douglas. Von diesem aus war eine Thrombose der Vena ileocolica erfolgt. Thrombose und Infektion des Thrombus setzte sich in die Vena portae und in die Lebervenen fort. Im Anschluß daran kam es zu multipler Abszeßbildung in der Leber. Die Leber war von Abszessen dicht durchsetzt, die peripher gelegenen wölbten die Leberoberfläche vor. Die Ausdehnung der Abszesse war erst nach der Operation erfolgt.

Zappert erwähnt in der Diskussion einen vollkommen ähnlich verlaufenen Fall bei einem 5—6 jährigen Kinde.

Schwoner führt ein 12 jähriges Mädchen vor, welches neben einer mäßigen Struma Symptome von Seite des Herzens zeigt (Pulsbeschleunigung, Herzklopfen, bebender Spitzenstoß). Vortr. zählt diesen Fall zu den leichten Formen des **Kropfherzens** (Kraus). Die Symptome bessern sieh auf Behandlung mit Thyreojodin. In schweren Fällen des Kropfherzens kommt es zu myokarditischen Veränderungen und intensiven Beschwerden.

Hamburger stellt ein 3 jähriges Mädchen mit **beiderseitigen Leistendrüsenschwellungen tuberkulöser Natur** vor.

Im vorigen Jahre trat an der Kommissur der Labien ein unregelmäßig begrenztes, wenig Eiter sezernierendes Geschwür auf, dessen tuberkulöse Natur nach Ausschluß anderer Diagnosen (Gonorrhöe, Ulcera mollia, Diphtherie, Stuprum) durch Nachweis von Tuberkelbazillen festgestellt wurde. Die Diagnose primäre Genitaltuberkulose wurde weiterhin dadurch gestützt, daß das bis dahin blühend aussehende Kind an schwerer Skrofulose, allgemeinen Drüsenschwellungen erkrankte. Die Inguinaldrüsen kamen zur Vereiterung und mußten inzidiert werden. Die Heilung der Drüsenwunden ging sehr langsam vor sich. Endlich trat noch Lichen scrofulosorum auf.

Von weiterem Interesse war die Berücksichtigung der Familienverhältnisse. Da die Eltern gesund waren, auch keine tuberkulösen Wohnungsgenossen zu eruieren waren, blieb als Erklärungsmöglichkeit der Infektion der Umstand, daß eine Wohnungsnachbarin, in deren Zimmer das Kind öfters spielte und am Boden saß, tuberkulös war.

Zur Zeit der Entwicklung der Skrofulose beim demonstrierten Kinde begann auch das zweite Kind der Mutter, ein schönes Brustkind, zu fiebern, hatte Nachtschweiße, magerte stark ab und starb innerhalb kurzer Zeit an Tuberkulose. Auch die Mutter begann zu husten, magerte ab.

Die Affektion der Mutter ist klinisch ausgeheilt.

Schick demonstriert die Rachenorgane eines $5^1/_4$ Jahre alten Mädchens, das an **Purpura haemorrhagica nach Scharlach** gestorben.

Das Kind kam am 12. Krankheitstage zur Aufnahme, zeigte nur mehr ältere Rachennekrosen nach Scharlach. Am 16. Krankheitstage erfolgten punktförmige Blutungen in die Haut des rechten Unterarmes und später auch an anderen Körperstellen. Gleichzeitig wurden die Rachenbeläge blutig und zerfielen gangränös. Ebenso trat Hämaturie ein. Am 21. Krankheitstage Exitus. Die tief-

greifenden Rachennekrosen, welche Tonsillen, Zungengrund, hintere Rachenwand in großer Ausdehnung zerstörten, sind unter dem Einflusse der hämorrhagischen Diathese zu solcher Ausdehnung gediehen.

Riether zeigt das anatomische Präparat eines **angeborenen Herzfehlers** (Transposition der großen Gefäße). Das 2monatliche Kind wies im Leben sys- und diastolische Geräusche über dem Herzen auf.

Riether demonstriert weiter ein monatliches Kind mit **Mißbildungen an den unteren Extremitäten**, links besteht pes valgus-, rechts varus-Stellung.

Schüller führt ein 3jähriges Kind mit linksseitiger zerebraler Kinderlähmung vor, das im Bereiche der Schädelknochen Ossifikationsdefekte aufweist, die Vortr. mit den encephalitischen Veränderungen in der Weise in Zusammenhang bringt, als durch den die Encephalitis begleitenden Hydrocephalus und dadurch erhöhten Druck im Schädelinnern die Ossifikation der rachitischen Knochen verlangsamt werde.

Den Demonstrationen folgte der Vortrag Lehndorffs: **Über Lymphocytenleukämie im Kindesalter.**

Die Ehrlichsche Lehre, daß die Leukämie eine einheitliche durch einen bestimmten Blutbefund charakterisierte Erkrankung sei, ist nicht mehr aufrecht zu erhalten. Ebenso darf die Diagnose Leukämie nicht mehr aus dem Blutbefunde allein — wie Ehrlich-Pinkus behauptet hatten —, gestellt werden. Der Blutbefund ist nur ein klinisch wichtiges Symptom; er ist nur ein bedeutungsvolles Zeichen einer Allgemeinerkrankung des gesamten lymphadenoiden Gewebes, die bald einfach hyperplastisch, bald sarkomatös wuchernd verlaufen kann.

Die Befunde von Tumoren bei der Obduktion von Leukämikern, der Nachweis des Sarkomcharakters der sog. Chlorome, die Auffassung der im Blute kreisenden Zellen als atypische im normalen Blute und dessen Bildungsstätten nicht vorkommender Zellen hat Anlaß gegeben, daß sowohl Kliniker wie Pathologen entweder in jeder Leukämie oder doch in gewissen Formen der Lymphozytenleukämie eine maligne Hyperplasie der Blutbildungsorgane erblicken.

Sternberg hat bei der Lymphämie zwei verschiedene, gut histologisch und hämatologisch gekennzeichnete Formen abgrenzen wollen, **die echte Leukämie** = einfache Hyperplasie des lymphatischen Apparates, im Blute kleine Lymphozyten, und die **Leukosarkomatose** = atypische Wucherung des lymphatischen Apparates, im Blute Vermehrung großer einkerniger Elemente. Türk nimmt eine vermittelnde Stellung ein und hält beide Formen für nahe zusammengehörig.

Lehndorff hat drei Fälle von **Lymphozytenleukämien im Kindesalter** in verschieden weit vorgeschrittenen Entwicklungsstadien desselben Prozesses beobachtet.

1. Fall. 5½ Jahre altes Mädchen. Mächtiges **mediastinales Lymphosarkom** von der Thymus ausgehend, an dessen Aufbau hauptsächlich große Lymphozyten beteiligt waren, die in großer Zahl (50—100000) das Blutbild beherrschten. Die ersten Symptome der Erkrankung hatten sich im Anschlusse an ein kaltes Bad entwickelt.

2. Fall. 4jähriger Knabe rasch unter Erscheinungen **hämorrhagischer Diathese** gestorben. Nirgends ein sichtbarer Tumor. In der Thymus fand sich eine nußgroße derbe Stelle, außerdem mächtige Vergrößerung des lymphatischen Gewebes des Darmes (Plaques, Follikel) insbesondere des Wurmfortsatzes. Histologisch fand sich überall bösartiges Wachstum (auch in den Tonsillen, Lymphdrüsen Haufen von großen Lymphozyten).

3. Fall. 12jähriges Mädchen **mit klinisch schwerer Anämie.** Bei der Obduktion nur mäßig vergrößerte Lymphdrüsen. Histologisch zeigte sich fast überall bösartiges Wachstum.

L. faßt seine Ergebnisse folgendermaßen zusammen:

Im Kindesalter verläuft die Lymphozytenleukämie klinisch meist bösartiger als bei Erwachsenen — eine chronische Leukämie ist nicht beschrieben. Pathologisch histologisch überwiegen die atypisch wuchernden aggressiven Formen, die Leukosarkomatosen. Auffallend häufig bildet die Thymus den Ausgangspunkt. Die größere Bösartigkeit der Erkrankung im Kindesalter hat vielleicht seinen Grund darin, daß das im jugendlichen Organismus überall reichlich entwickelte lymphatische Gewebe auf pathologische Reize viel intensiver zu reagieren imstande ist als beim Erwachsenen. B. Schick (Wien).



Bericht über die 23. Sitzung der Vereinigung niederrheinisch-westfälischer Kinderärzte

vom 12. November 1905 zu Köln.

Rey berichtet über die auf dem Congrès international de laiterie und auf dem Congrès international de goutte de lait zu Paris gehaltenen Vorträge, worin er der Ermahnung des Herrn Backhaus Erwähnung tat: Die Kinderärzte möchten die Herstellung der Kindermilch denen überlassen, die etwas davon verstehen, nämlich den Milchgroßindustriellen. Hieran schloß sich eine kleine Backhausmilchdebatte ähnlich der Meraner. Selter ersucht um Entgegentreten der Backhausreklame durch geeignete Zeitungsartikel an den Orten, wo Backhausmilch verkauft werde. Cramer erkennt (als Geburtshelfer) die Vorteile der Einzelportionen,' welche die Backhausmilch biete, an, ist aber nach den Meraner und Pariser Vorkommnissen, ebenso wie Rensburg, der Ansicht, daß deren Gebrauch nach Kräften entgegenzutreten sei. Heidenheim berichtet über drei Fälle von Backhausdarmkatarrhen bei Neugeborenen, wo die Hebamme die Backhausmilch als selbst der Muttermilch überlegen empfahl und so das Selbststillen verhinderte. Er fragt an, ab man durch den Kreisarzt nicht gegen die Hebamme einschreiten könne. Siegert berichtet über eine Korrespondenz mit Backhaus wegen seiner Diskussionsbemerkungen in Meran.

Siegert demonstriert darauf einen **Fall von frühzeitiger Geschlechtsreife.** Kind von 4 Jahren, Menstruatio praecox, stark entwickelte Mammae, Behaarung der Pubes, breites Becken usw. Sodann einen Knaben von 12 Jahren mit abnormem Größenwachstum gegenüber einem 22 jährigen Infantilismus. Letzterer zeigt kleine, dünne Extremitäten, mageres, welkes Aussehen, geringe Intelligenz, Schilddrüsen-Mittellappen vorhanden, Radiogramm wie 10jähriges Kind. Eingeleitete Schilddrüsentherapie zeigt nach 3 Wochen schon Besserung.

Gernsheim berichtet über Vorkommnisse in Worms, wo von ärztlicher Seite seiner Propaganda für Selbststillen der Mütter Schwierigkeiten bereitet wurden.

Hierzu bemerkt Selter, daß nicht überall die kreisärztliche Hilfe so schwer zu erhalten sei. Dagegen durfte unsererseits auf das energischste für das Verbot der Einleitung künstlicher Ernährung durch die Hebamme gedrungen werden; er halte den Einwand, daß nicht überall der Arzt zur Stelle sein könne, für ungerechtfertigt.

Spiegel (Haan) berichtet über das **Auftreten von akuten Darmkatarrhen im Anschluß an die Impfung.** Von 15 Kindern, die mit frischer Lymphe geimpft wurden, erkrankten fünf unter den Erscheinungen des akuten Darmkatarrhs mit einem Absturz der Gewichtskurve bis zu 500 g, wobei die Temperatur bis auf 39,5° stieg. Mit derselben Lymphe wurden nach 4wöchiger Lagerung 13 Kinder geimpft unter denselben Bedingungen, wie Desinfektionsmaßregeln, Zahl der Impfschnitte, Verband usw. Von diesen Kindern kamen bei 50 % überhaupt keine Pusteln zur Entwicklung, bei den mit Erfolg geimpften zeigte keines Erscheinungen von seiten des Darmkanals. Beide Impfungen fanden im Hochsommer statt, der lokale Impfprozeß verlief in allen Fällen ohne Komplikatonen. Sp. sieht in diesen postvakzinösen Darmkatarrhen ein Analogon zu den nach Infektionskrankheiten wie Masern, Scharlach und Angina auftretenden Darmstörungen.

Zur Diskussion bemerkt Cramer: Wenn im Anschluß und im Zusammenhang mit der Impfung Darmstörungen besonders in den heißen Sommermonaten entstehen, so werden diese leicht fälschlich der Impfung zur Last gelegt und den Impfgegnern ein willkommenes Material geliefert. Es wäre dringend notwendig, die öffentlichen und privaten Impfungen grundsätzlich nur in der kalten Jahreszeit zu machen.

Triepke führt das Entstehen der Durchfälle auf das die Impfung begleitende Fieber zurück, da die von Spiegel geimpften Kinder bis auf eines über ein Jahr alt waren; ältere Kinder reagieren stärker, er empfiehlt deshalb zwischen 8—10 Monaten zu impfen und ganz seichte Schnitte.

Rey impft seit 10 Jahren nur in der kühlen Jahreszeit, Frühjahr und Herbst, und hat so Gelegenheit, die im Frühjahr sehr nachgiebig Dispensierten im Herbst auch zu impfen, wodurch wirkliche Dispensationen äußerst selten eintreten. Ältere Kinder erkranken stärker als jüngere. Die Frische der Lymphe spielt nur insofern eine Rolle als bei älterer Lymphe leichter Impfpusteln ausbleiben. Darmkatarrh hat er nie beobachtet. Impfverbände sind durchaus zu verwerfen, er legt nur reichlich Watte auf, die durch das Jäckchen des Kindes gehalten wird und täglich erneuert wird.

Siegert: Die mitgeteilten Fälle bedürfen vorsichtiger Interpretation. Die Kinder waren im Gewicht zurückgeblieben, wurden künstlich ernährt, zum Teil sehr kräftig in der heißesten Zeit, wo Verdauungsstörungen in bester Anstaltspflege nicht selten sind. Das Fieber trat nach 5—15 Tagen auf, die Störungen waren vorübergehend und können nicht durch Lymphtoxine erklärt werden. In der heißesten Zeit soll überhaupt nicht geimpft werden, im 3.—6. Monat reagieren die Kinder leichter als im 13.—16. Monat. Eine Impfschädigung als solche erscheint mir nicht erwiesen, sondern nur ein Auftreten von Darmstörungen bei geimpften, künstlich ernährten Kindern in der heißesten Zeit, bei denen Verdauungsstörungen schon vorhanden waren.

Selter: Daß wir Kontrollkinder neben unsern geimpften hatten, ist wohl selbstverständlich, wir gingen sogar weiter und impften mit derselben abgelagerten Lymphe auch im Hochsommer eine gleiche Anzahl Kinder, die nun nicht erkrankten. Er verspricht Nachkontrolle unter denselben Verhältnissen im Frühjahr, er sei durchaus kein Impfgegner, hält derartige Mitteilungen in wissenschaftlichen Gesellschaften jedoch für zulässig und nützlich.

Koch spricht sich ebenfalls für Impfungen in der kälteren Jahreszeit aus und schlägt vor, unter Vermeidung der Tagespresse, von den Vereinigungen der Kinderärzte aus auf die Behörden in diesem Sinne einzuwirken.

Cramer (Bonn): **Eine Normalflasche für Säuglingsernährung.** Für die Berechnung der notwendigen Nahrungsmengen zieht Vortr. die Angabe der Flüssigkeitsmenge in Beziehung zum Körpergewicht nach Biedert der Heubnerschen Methode der Kalorienbestimmung vor. Es ist notwendig, den Hebammen, Pflegerinnen und Müttern exakte volumetrische Vorstellungen von den Flüssigkeitsmengen zu geben, die dem Säugling zuträglich sind. Für die ersten Lebenstage muß der Arzt bei künstlicher Ernährung die Nahrungsmengen auf 10 g genau angeben. Hierzu dient die von C. angefertigte Flasche von 250 g Inhalt mit Stadien von 50:50 g. Diese Flasche ermöglicht das genügend genaue Dosieren der Einzelmahlzeit, Ablesen des etwa nicht getrunkenen Restes, Herstellung der gewünschten Mischungen in der Flasche selbst. Sie reicht mit ihrem Rauminhalte bis zum Ende des ersten Lebensjahres und kann in jedem Soxhletapparat eingestellt werden; auf ihren Halsteil passen die gebräuchlichen Verschlüsse, der Preis ist gleich der Soxhletflasche, Vertrieb Firma Ollendorf-Wilden, Bonn, Friedrichsplatz.

Sodann demonstriert C. den **Fliegelschen Milchfiltrationsapparat**; bestehend aus zwei Metalltrichtern mit siebartigem Boden, zwischen die ein Wattefilter gelegt wird, ermöglicht er äußerst vollkommen das Abfangen des Milchschmutzes und die Untersuchung der Milch auf ihren Schmutzgehalt. Verbesserung der Milch im Hause des Abnehmers kann dadurch nicht erreicht werden, da sie zu spät kommen würde. Rey.

IV. Therapeutische Notizen.

Über einen bei Massenimpfungen einzuführenden Verband berichten E. Levy (Straßburg) und W. Sorgius (Schiltigheim). Dieselben sind der Ansicht, nach der Impfung sei ein Schutzverband nötig, teils um die Schnitte vor Sekundärinfektion zu bewahren, teils um zu verhüten, daß das Vakzinevirus vom Impfling auf seine Umgebung übertragen werde. Sie geben nun einen Verband an, der allen Anforderungen genügen soll. Ein Stück steriler Gaze wird in 8facher Schicht über die Schnitte, dieselben nach allen Richtungen um $2\frac{1}{2}$ cm überragend gebreitet (solche Gaze in zweckentsprechender Breite wird in besonderen Paketen,

aus denen sie bequem herausgezogen werden kann, von Streisguth in Straßburg geliefert) und durch 1 cm breite Streifen von Leukoplast (Beiersdorff, Hamburg) befestigt. Letztere werden quer über die Gaze gezogen und so groß gewählt, daß sie zu beiden Seiten der Gaze etwa in einer Ausdehnung von 2—4 cm der Haut des Oberarmes anliegen; das Leukoplastende wird direkt von der Rolle auf einen Rand des Armes aufgeklebt, über Gaze und Arm quer abgerollt, fest angezogen und am anderen Ende des Querstreifens an der Haut mit der Schere abgetrennt. Wenn die Mütter der Impflinge einigermaßen achtgeben, hält der Verband gut 8 Tage; bei der Nachschau wird er erneuert. Das Anlegen des Verbandes, der nur 7—8 Pf. kostet, dauert kaum eine Minute. Er wurde in 337 Fällen angewandt, und zwar mit sehr befriedigenden Erfolgen.

(Medizin. Klinik. 1905. Nr. 54.)

Sorisin als Laktagogum lernte durch Zufall Dr. H. Körting (Wien) kennen. Eine Wöchnerin, die wegen Milcharmut ihr Kind nicht ernähren konnte, bekam entsprechende Diätvorschriften und auch Laktagol, ohne daß eine Änderung eingetreten wäre. Da nahm sie wegen eines Bronchialkatarrhs Sorisin, und schon nach wenigen Tagen war die Milchsekretion eine befriedigende. K. fand dann noch in zwei Fällen diese Wirkung bestätigt; der eine betraf eine Frau, deren Mutter und Großmutter schon wegen Milchmangels unfähig gewesen waren, zu nähren, und die, nachdem sie schon vor dem Partus Sorisin erhalten hatte, ganz gegen ihr Erwarten reichlich Milch hatte, so daß sie vom dritten Tage ab ihr Kind nähren und dies, Sorisin weiter nehmend, fortsetzen konnte.

(Medizin. Blätter. 1905. Nr. 50.)

Über rektale Applikation des Gonosans wegen Gonorrhöe berichtet R. Müller (Wohlen). Ein 4jähriges, an Vulvitis blennorrhoica leidendes Mädchen zerbiß die Gonosankapseln, bekam auch solchen Ekel und Brechreiz davon, daß diese Therapie nicht fortzusetzen war. Es wurden Waschungen mit Solut. plumb. acet. und Zink. sulf. gemacht, täglich ein Sitzbad von $^1/_8$ pro Mill. Sublimat gegeben, aber nach 2 Wochen war der Status noch der gleiche. Da versuchte M. Gonosan in Form von Klysmen zu applizieren. Er ließ 10 Kapseln in 100 g Lebertran lösen und brachte mit einer kleinen Spritze und langem elastischen Katheter 2mal täglich 10, dann 20 g hoch ins Rektum hinauf. Innerhalb 15 Tagen wurde so der Inhalt von 26 Kapseln verabreicht; die Klysmen wurden ausgezeichnet vertragen, lange (4—12 Stunden) zurückgehalten und fast vollständig resorbiert. Die Heilung machte sich schon am zweiten Tage bemerkbar und war nach 16 Tagen eine vollständige und dauernde.

(Korrespondenzblatt f. Schweizer Ärzte. 1905. Nr. 24.)

Zur Vaporinbehandlung des Keuchhustens fällt Dr. J. Landau (Israel. Kinderspital in Krakau) auf Grund von 40 behandelten Fällen sein Urteil. Vaporin (Krewel & Co.) besteht aus:

Rp. Naphthalin 180,0
Camphor. ras. 20,0
Ol. Eucalypt. glob.
Ol. pin. piceae āā 3,0.

In die Mitte des Zimmers, in dem das Kind sich befindet, stellt man eine Schüssel und in diese einen Spiritusapparat von schwacher Flamme mit einem Kochgefäß. In letzteres gießt man ein Glas lauwarmes Wasser und fügt einen Eßlöffel Vaporin hinzu. Die vollständige Verdampfung des Wassers dauert etwa 10 Minuten, und das Kind bleibt 1 Stunde in dem Zimmer, wo es spielen oder sich sonst unterhalten kann. Diese Inhalationen, 2mal täglich vorgenommen, bewirkten Herabminderung der Zahl der Anfälle und der Intensität der letzteren; der Krankheitsverlauf wurde ein milderer und unbedingt abgekürzt. Nie kam es zu Komplikationen, nie machten sich Nebenerscheinungen bemerkbar.

(Die Heilkunde. November 1905.)

Biersche Stauungshyperämie bei Augenkrankheiten wurde auf Anregung von Prof. Eversbusch in der Kgl. Augenklinik in München versucht, wie Dr. Renner von dort mitteilt. Es wurde die von Bier empfohlene schmale Gummibinde 6—12 Stunden täglich am Halse angelegt. Diese Behandlung bewährte sich speziell bei der Keratitis parenchymatosa jugendlicher Individuen. Es wurden fünf derartige Kranke (darunter ein 10jähriges Kind) so behandelt und in allen

Fällen nach 2—4 wöchentlicher Behandlung beträchtliche Besserung erzielt. Eine schädliche Wirkung trat nie zutage, die Patienten verrichteten ihre Beschäftigung ohne Beschwerden. (Münchener med. Wochenschrift. 1906. Nr. 2.)

Ein Urinfänger für Kinder, der allen Anforderungen entspricht, ist von Dr. C. Großmann (Frankfurt a. M.) konstruiert worden. Es besteht aus einem abwärts gebogenen Glasrohr, das durch einen mit einem Loch versehenen Heftpflasterstreifen (Leukoplast) hindurchgesteckt und wie eine Glocke über den Penis gestülpt wird. Der Heftpflastreifen wird der Haut des Skrotums und der Regio pubica allseitig fest angestrichen. Am unteren Ende des Urinfängers bringt man ein kurzes weites Stück Gummischlauch an, das in eine zwischen den Beinen des Kindes liegende Urinflasche hineinragt. Das Kind wird im Bett schräg abwärts gelagert, die Beine werden in leicht gespreizter Stellung seitlich am Bett befestigt. Für Mädchen ist der Apparat so eingerichtet, daß er über die Vulva vollständig gestülpt und ebenfalls zweckmäßig befestigt werden kann. Der Urinfänger schützt sehr gut Verbände vor Durchnässung mit Urin und hat sich z. B. bei 20 Hernienoperationen bestens bewährt. Auch bei Säuglingen leistet er gute Dienste, wenn man z. B. den Urin gesondert zur Untersuchung auffangen oder für eine Reihe von Tagen die Urinmenge feststellen will; ebenso bei unbesinnlichen Kranken, bei denen man rasch Urin zur Untersuchung wünscht. Er wird in zwei Größen für Knaben und Mädchen hergestellt von Bandagist C. Steiner in Frankfurt. (Münchener med. Wochenschrift. 1905. Nr. 50.)

— Bezüglich des vorstehenden Artikels macht Finkelstein darauf aufmerksam, daß er und Bendix schon 1900 ein ähnliches Modell angegeben haben. Zum Auffangen von Urinproben zur laufenden klinischen Untersuchung ist jetzt in seiner Säuglingsstation ein höchst einfaches Verfahren üblich. Bei Mädchen wird ein etwas weithalsiges Fläschchen gegen die Urethralgegend der Vulva fest angelegt, bei Knaben nimmt ein starkwandiges Reagenzglas den Penis auf und wird noch mit einem dünnen, gegen den Nabel hingeführten Heftpflasterstreifen fixiert. Die zwei seitlichen Windelzipfel werden dann von außen nach innen und dann wieder nach außen um das gleichseitige Bein geschlagen und schließlich in der Mitte fest miteinander verknotet, so daß die an das Glas leicht angepreßten Schenkel dieses von den Seiten her fixieren. Der dritte, nach dem Fußende zu gelegene Zipfel wird dann nach oben geschlagen, ziemlich fest angezogen und gleichfalls oben verknotet. Damit wird auch von unten die Flasche an die Genitalien angepreßt und ist somit bei nur einigermaßen ruhigen Kindern genügend befestigt. Diese anspruchslose Vorrichtung führt fast immer schnell und sicher zum Ziele. (Münchener med. Wochenschrift. 1906. Nr. 2.)

Aus der Praxis. Unter diesem Titel schreibt Dr. Pickardt (Berlin): „Ein Kind von $2^1/_2$ Jahren, dessen Eltern gesund waren und sind — Großmutter mütterlicherseits an Tub. pulmon. gestorben —, normal geboren, teils mit Mutter-, teils mit Kuhmilch ernährt, fing allmählich an, weniger Appetit zu äußern, weniger Nahrung zu sich zu nehmen, teilnahmlos zu werden und viel zu schlafen. Neigung zur Obstipation. Objektiv kein Befund an den Organen, Urin frei von pathologischen Bestandteilen. Ein zugezogener Kinderarzt erklärt den Zustand für nervös, verordnet Eisen, eine etwas weniger eiweißreiche Diät (Heubnersche Schule) und Hydrotherapie. Besserung der Symptome auf wenige Wochen, allmählich Rückfall und zunehmende Abmagerung. Beginn von Durchfällen bis zu 6—8 pro Tag. Temperaturen normal. Ein zweiter Kinderarzt diagnostiziert Darmkatarrh — Stuhl stets mit kleinen Mengen Schleim, nie Blut; riechend — Tenesmen — bei dem „nervösen" Kinde. Keine Besserung, Verschlechterung. Tannigen, Tanokol, Tannopin, Bismutsalze, Bismutose, Ichthoform, nacheinander, jedes längere Zeit gegeben, ohne jede Spur von Erfolg, ebensowenig strengste Diät, warme Einpackungen usw. Während ich verreiste, nach Angabe eines zur Behandlung zugezogenen Kinderarztes wesentliche Verschlechterung: Abmagerung, Aszites, aufgetriebener Leib, Durchfälle bis zu 20 pro die, Temperaturen normal. Therapie: grüne Seife, Kreosot von vorübergehendem Erfolg, den ich nach der Rückkehr von der Reise nicht mehr konstatieren kann, aber — auch keinen Aszites. Weiterer Kräfteverfall; das Kind kommt bis auf 14 Pfund herunter. Der jetzt konsultierte Pädiater — Prof. Heubner — erklärt den Eltern und mir, daß der Exitus jeden Tag zu erwarten sei, verordnet „Diät" und Ferrum. Diagnose: Peritonitis tuberculosa.

Am nächsten Tage, da das Kind in der Tat moribund erschien, die Stühle zahllos wurden, entschloß ich mich, was alle konsultierten Kollegen auf das entschiedenste perhorresziert hatten, Opium zu geben und verordnete: Tinct. Op. simpl. in den ersten 3 Tagen 3 stündlich 3 Tropfen, später 3 mal täglich und so allmählich weniger, so daß das Kind eine enorme Menge bekam, da diese Therapie 2 Monate durch fortgesetzt wurde. Erfolg: Die Stühle wurden vom nächsten Tage ab spärlicher, vom zehnten Tage an fest, das Kind aß und trank — natürlich ausgesuchteste Diät —, wurde gesund und wiegt jetzt — 4 Jahre alt — 34 Pfund!

Der Zweck der Veröffentlichung dieser Krankengeschichte an dieser Stelle ist der, darauf hinzuweisen, daß man sich in solcher Notlage nicht scheuen soll, das bei Kindern „verbotene" Opium in so großen Mengen zu geben."

(Die ärztl. Praxis. 1906. Nr. 2.)

Zur Pyrenolbehandlung der Influenza und Pneumonie gibt Dr. M. Steiner (Herzogl. Landeskranken- und Siechenhaus zu Altenburg S.-A.) eine Anzahl von Fällen an, wo sich das Pyrenol vortrefflich bewährt hat. Bei Influenza war besonders charakteristisch der auffallende Temperaturabfall. Pyrenol wurde von Kindern auch in den ersten Lebensmonaten gut vertragen und zeigte nie eine unangenehme Nebenwirkung auf Nieren, Herz usw. Den Keuchhusten beeinflußte es eklatant, und wurde die Besserung sehr bald nach Beginn der Medikation wahrgenommen. Die Dosis für Kinder unter 1 Jahr betrug die Hälfte der übrigen. Autor verordnete gewöhnlich bei Kindern:

Rp. Pyrenol. 3,0—4,0
Liq. Ammon. anis. 3,0
Aq. dest. ad 100,0.

(Fortschritte der Medizin. 1905. Nr. 15.)

Eine neue Flasche für Säuglinge empfiehlt Geh.-San.-Rat Dr. Aufrecht (Magdeburg). Derselbe ist der Ansicht, daß ein Teil der Verdauungsstörungen bei Säuglingen auf die durch eine zu große Öffnung des Saugers erzwungene rasche Aufnahme der Nährflüssigkeit, mit welcher häufig auch Luft verschluckt wird, zurückzuführen ist, und daß auch eine große Zahl von katarrhalischen Pneumonien, welche bisher als kachektische aufgefaßt worden sind, als Folge des Verschluckens von Nährflüssigkeit anzusehen ist. Der von A. ersonnenen Flasche haften die üblichen Mängel — Erschwerung der Entleerung bei zu enger Öffnung im Sauger, allzu reichliches Ausfließen bei zu weiter Öffnung mit den erwähnten schädlichen Folgen — nicht an. Sie hat die Form eines halben Zylinders, kann also glatt aufliegen. Außer der Flaschenöffnung befindet sich auf dem höchsten Punkte des Halbzylinders eine kleine Öffnung, durch welche entsprechend dem Quantum der abgesaugten Milch Luft einströmen kann. Der Hals der Flasche ist etwas nach unten geneigt. Diese Flasche (hergestellt von Instrumentenmacher Middendorff in Magdeburg, Preis 15 Pf.) ist seit 2 Jahren auf der Säuglingsabteilung des Altstädter Krankenhauses in Gebrauch. Nachdem die Hals- und die kleine seitliche Öffnung mit Watteverschluß versehen, erfolgt das Kochen im Soxhletapparat. Vor dem Trinken wird die Watte aus dem Halse entfernt, dieser mit einem sterilen Gazeläppchen abgewischt und der Säuger abgesetzt. In diesen ist eine Öffnung eingebrannt, die so klein sein muß, daß der Inhalt der Flasche nur tropfenweise ausfließen kann. Eine solche reicht aus, weil durch das seitliche Loch Luft bequem nachdringen kann. Der hier angebrachte Watteverschluß, der die Luft filtriert, kann, feucht geworden, bequem erneuert werden.

(Therap. Monatshefte. Dezember 1905.)

V. Neue Bücher.

Alb. Liebmann. **Vorlesungen über Sprachstörungen.** 1906. Verlag von O. Coblentz in Berlin.

Das jetzt publizierte sechste Heft dieser Sammlung befaßt sich mit dem Thema: „Kinder, die schwer lesen, schreiben und rechnen lernen".

Aus reicher Erfahrung schöpfend, behandelt der Verf. auch diesen Gegenstand mit großer Ausführlichkeit und zeigt an einigen Fällen, die sehr instruktiv sind und uns alle Einzelheiten in klarer und fesselnder Form vor Augen führen, welchen Schwierigkeiten man in praxi begegnet und wie man dieselben überwindet. Das 182 Seiten starke Büchlein sei zum Studium warm empfohlen.

Grätzer.

B. Salge. **Therapeutisches Taschenbuch für die Kinderpraxis.** 2. Auflage. Berlin. Verlag von Fischers mediz. Buchhandlung H. Kornfeld. Preis: Mk. 2,80.

Wir haben schon beim ersten Erscheinen das vorliegende Buch freudig begrüßt und seine Vorzüge hervorgehoben. Diese scheinen auch von den Kollegen sehr bald anerkannt worden zu sein, da schon wenige Monate später eine Neuauflage notwendig geworden ist. Diese Kürze des Zeitintervalls brachte es mit sich, daß in dieser große Veränderungen nicht vorgenommen worden sind; immerhin hat der Autor manches verbessert und hinzugefügt. Sicher wird sich das inhaltlich recht lobenswerte und auch äußerlich sehr gut ausgestattete Buch zu den alten Freunden manche neue hinzugewinnen. Grätzer.

A. Czerny und A. Keller. **Des Kindes Ernährung, Ernährungsstörungen und Ernährungstherapie.** 6. Abteilung, 1. und 2. Hälfte. Verlag von Fr. Deuticke, Leipzig u. Wien. Preis: Mk. 4,50.

In der ersten Hälfte dieser Abteilung wird der erste Abschnitt des Werkes: „Ernährung des gesunden Kindes" geschlossen, in der zweiten Hälfte der zweite Abschnitt: „Ernährungsstörungen und Ernährungstherapie" begonnen. In diesem Abschnitt unterscheiden die Verff. drei Krankheitsgruppen:

1. Ernährungsstörungen ex alimentatione;
2. Ernährungsstörungen ex infectione;
3. Ernährungsstörungen durch angeborene Fehler in der Konstitution und dem Bau des Körpers.

Wir werden auf diese Kapitel zurückkommen, sobald die Fortsetzung erscheinen wird, was hoffentlich recht bald der Fall ist, damit wir dies vortreffliche, außerordentlich lehrreiche Werk in toto benutzen können. Grätzer.

Neue Dissertationen.

(Aus deutschen Universitäten.)

Brüggemann, J., Über Darminvagination mit besonderer Berücksichtigung des Kindesalters (Gießen). — **Delius, R.**, Beitrag zur Kasuistik der Tuberkulose im Kindesalter (München). — **v. Dewitz, O.**, Beiträge zur Hilfsschulfrage (Freiburg i. B.). — **Glaser, W.**, Kongenitales malignes Lymphangiom des Halses (München). — **Götze, E.**, Krankheitsfrequenz im Kindesalter. Nebst einer Statistik über Scharlach- und Diphtherieerkrankungen in Halle a. S. in den Jahren 1900—1904 (Halle). — **Halberstadt, S.**, Über kongenitale Atresie der Arter. pulmonalis bei intaktem Septum ventriculi (Halle). — **Heuermann, M.**, Ein Fall von Hernia diaphragmatica congenita beim Neugeborenen (Halle). — **Krebs, P.**, Über einen neuen seltenen Fall kongenitaler Knorpelreste am Halse (Breslau). — **Kuchenbauer, O.**, Ein Fall von Hydromyelie, kombiniert mit Hydrocephalus internus congenitus (München). — **Leitner, A.**, Über überzählige Finger an Hand und Fuß (Erlangen). — **Mahlcke, W.**, Beitrag zur Kasuistik der Lehre von der Sehnentransplantation. Zusammenstellung der von 1899—1905 in der Kieler chirurgischen Klinik operierten Fälle (Kiel). — **Molina-Castilla, J.**, Knochenveränderungen bei Rachitis (Freiburg i. B.). — **Noack, E.**, Intelligenzprüfungen bei epileptischem Schwachsinn (Berlin). — **Pansch, K.**, Über Stenose des Isthmus aortae mit gleichzeitiger Persistenz des Ductus arteriosus Botalli bei Neugeborenen (Gießen). — **Peschle, S.**, Zur Ätiologie der Poliomyelitis acuta infantum (Berlin). — **Pinczower, A.**, Beiträge zur Kenntnis der Globulinurie bei Kindern (Freiburg i. B.). — **Piwowarski, J.**, Über einen seltenen Fall von malignem Ovarialtumor bei einem Kinde (Breslau). — **Pöhlmann, A.**

Wachsartige Degeneration eines Extremitätenmuskels beim Kinde unter dem Bilde eines Tumors (München). — **Ruge, K.,** Über angeborene Herzfehler, mit besonderer Berücksichtigung der entzündlichen Stenose und Atresie der Aorta (Kiel). — **Thielen, H.,** Über die Sterblichkeit früh- und rechtzeitig geboreuer Kinder in den ersten 9 Wochentagen (Freiburg i. B.). — **Wiese, O.,** Über einen Fall von Splenektomie wegen Milztumor im frühen Kindesalter (Leipzig). — **Zeitler, G.,** Multiple periostale Abszesse bei kryptogener Sepsis des Kindes (München). — **Zweig, A.,** Zur Lehre von der persistierenden Pupillenmembran (Gießen).

VI. Monats-Chronik.

Berlin. In dem **Gesetz betreffend die Bekämpfung gemeingefährlicher Krankheiten** sind Bestimmungen über die **Masern** und den **Keuchhusten** nicht getroffen worden. Um aber gegenüber diesen Krankheiten eine Handhabe zu besitzen, ist durch § 5 des Gesetzes bestimmt, daß das Staatsministerium die Anzeigepflicht einführen kann, wenn und solange eine dieser Krankheiten epidemisch auftritt. Die Möglichkeit, die Verbreitung von Masern und Keuchhusten zu bekämpfen, ist daher auch künftig gegeben. Die Ministerialerlasse vom 14. Juni 1884 und 25. August 1902 betreffend die Verhütung der Übertragung ansteckender Krankheiten durch Schulen sind ebenso wie die übrigen früheren bezüglichen Bestimmungen durch das neue Gesetz aufgehoben. Es ist jedoch, wie wir erfahren, beabsichtigt, in nächster Zeit eine Anweisung zu erlassen, welche die Bekämpfung aller übertragbaren Krankheiten in den Schulen einheitlich regelt.

— Der Stadtverordnete Arons hat beantragt, der Magistrat solle die Zahl der **Schulärzte** so vermehren, daß nur zwei Schulen auf jeden kommen.

(Deutsche med. Wochenschrift. 1906. Nr. 2.)

Charlottenburg. **Eine Musteranstalt zur Bekämpfung der Säuglingssterblichkeit** soll demnächst hier ins Leben treten und derselben aus dem städtischen Grundbesitz Charlottenburgs ein Grundstück von 12500 qm unentgeltlich zum Eigentum überlassen werden. In der Begründung der betreffenden Magistratsvorlage wird ausgeführt: Die Säuglingssterblichkeit in Deutschland ist außerordentlich hoch, es wird hierin nur noch von Rußland und Österreich-Ungarn übertroffen. Mehr als ein Fünftel aller lebendgeborenen Kinder vollenden nicht das erste Lebensjahr, so sind z. B. im Jahre 1903 von fast zwei Millionen lebendgeborenen Kindern rund 405000 im Alter bis zu einem Jahre gestorben. Die Todesursache ist in zwei Dritteln aller Fälle in Ernährungsstörungen zu suchen, und zwar nach den Erfahrungen nicht in zu geringer, sondern in falscher Ernährung; auch die Sterblichkeit der künstlich ernährten Kinder ist weit höher als diejenige der mit Muttermilch ernährten. Demnach ist es besonders notwendig, neben einer Belehrung der Mütter über die günstigen Folgen des Stillens, die künstliche Ernährung der Säuglinge zu vervollkommnen, die Produktion, Behandlung und Keimfreimachung der Kuh- und Ziegenmilch für die Säuglingsernährung zu verbessern. Es handelt sich daher bei Errichtung der Anstalt nicht um ein Säuglingsheim oder Krankenhaus oder sonstige lokale Einrichtung, sondern um eine Anstalt, in der mit Hilfe geeigneter Kräfte auf wissenschaftlichem Boden praktische und theoretische Erfahrungen in einer ganz bestimmten Richtung und in einer so umfassenden, in ihren einzelnen Teilen derart ineinandergreifenden Form gesammelt werden können, daß man von ihrem Ergebnis einen segenbringenden Einfluß auf eine wesentliche Herabminderung der Säuglingssterblichkeit erwarten darf. Die gesammelten Erfahrungen sollen Gemeingut der deutschen Nation werden, sie sollen deswegen nicht nur in geeigneter Form veröffentlicht werden, es soll auch die Anstalt Ärzten aus dem ganzen Reiche zum Studium offenstehen. Die eine Abteilung der Anstalt soll deshalb der Forschung und der Sammlung von Erfahrungen auf dem Gebiete der Vorbereitung und der Durchführung des Stillgeschäftes dienen. Dementsprechend sollen Unterkunftsräume für Schwangere, eine Entbindungs- und Wöchnerinnenstation, sowie ein Mutterheim geschaffen werden, in dem die Entbundenen mit ihren Kindern zum Zweck der natürlichen

Ernährung bis zu 3 Monaten bleiben. Die zweite Abteilung soll der Erforschung der künstlichen Ernährung von der Produktion der Kuh- und Ziegenmilch zur Säuglingsnahrung bis zu ihrer Wirkung auf die Ernährung der Kinder dienen. Der Kaiser und die Kaiserin haben bereits als die ersten einen namhaften Betrag gespendet, um den Beginn des geplanten Werkes zu ermöglichen. Der vorbereitende Ausschuß, dem Minister von Thielen, die Ministerialdirektoren Dr. Althoff und Dr. Foerster, Geh. Obermedizinalrat Dr. Dietrich, Prof. Dr. Heubner, Geh. Baurat Schmieden, Kommerzienrat Frenckel und Kabinettsrat von Behr-Pinnow angehören, hat sich an die Stadtgemeinde Charlottenburg mit der Bitte gewandt, für den Zweck der Anstalt einen geeigneten Bauplatz herzugeben. (Allgem. med. Zentral-Ztg. 1906. Nr. 2.)

München. Wie Münchener Blätter melden, plant die bayerische Staatsregierung die Errichtung einer **Station zur Herstellung von Heilserum** in Bayern. Der Ort, wo diese Station ihren Platz finden soll, ist jedoch noch nicht gewählt; jedenfalls wird die Station in die Nähe einer der Universitäten oder unmittelbar in Verbindung mit einer derselben kommen.

Göttingen. Der hiesige Privatdozent Dr. E. Schreiber ist als Nachfolger von Geh.-Rat Aufrecht zum Oberarzt der inneren Abteilung des altstädtischen Krankenhauses in Magdeburg gewählt worden.

Breslau. Die Stadtverordnetenversammlung beschloß, zur Silberhochzeit des Kaiserpaares ein **Säuglingsheim** zu errichten, dessen einmalige Kosten auf 360000 Mk. und jährliche Kosten auf 40000 Mk. veranschlagt sind.

Dresden. Zum dirigierenden Oberarzt des Dresdener Säuglingsheims wurde der Privatdozent an der Universität und Oberarzt an der Kinderklinik der Charité in Berlin Herr Dr. med. Salge gewählt. Derselbe wird als Dozent für Kinderheilkunde an den regelmäßig in Dresden stattfindenden Fortbildungskursen für praktische Ärzte eintreten. Ebenso bleibt der Anstalt unter seiner Leitung gemäß einer Zusage der in Betracht kommenden offiziellen Instanzen das Recht der Ausbildung von praktischen Ärzten im sog. Externat und die Annahme von Praktikanten.

Bordeaux. Th. Piéchaud, Professor der chirurgischen Kinderklinik zu Bordeaux ist gestorben.

Palermo. Dr. R. Buccheri, bisher Privatdozent an der med. Fakultät zu Neapel, habilitierte sich für pädiatrische Chirurgie.

Neapel. Habilitiert: Dr. P. Mazzeo für Pädiatrie.

Ofen-Pest. Als Privatdozent wurde bestätigt: Dr. med. Cornel Preisich für Pathologie der Kinderkrankheiten.

Tuberkulose an amerikanischen Schulen. Die Schuldeputation der Schulverwaltung in Chicago hat kürzlich mit Einstimmigkeit den folgenden Entschluß gefaßt. Es soll ein Komitee gewählt werden, das genaue Vorschriften auszuarbeiten hat, um alle Kinder, welche mit tuberkulösen Erkrankungen in irgend einer Form behaftet sind, von dem Besuch der öffentlichen Schulen auszuschließen. Das Komitee ist ferner ermächtigt, einen Plan auszuarbeiten zur ärztlichen Untersuchung und Überwachung aller verdächtigen Kinder und zur Bestallung der ärztlichen Untersucher, darüber zu entscheiden, ob solchen Kindern ein Platz im Schulraum zugesprochen oder verweigert werden soll.

Schulzahnkliniken. Nach dem Bericht 1905 der Straßburger Schulzahnklinik, wurden vom 1. Oktober 1904 bis 1. Oktober 1905 untersucht 6900 Kinder, behandelt 4968 Kinder mit 4822 Füllungen und 6550 Extraktionen. — Bei der großen Zahl der untersuchten und behandelten Volksschulkinder dringt diese Erkenntnis allmählich auch in alle Bevölkerungsschichten, ganz besonders aber — und das ist am wichtigsten — in die ärmeren Bevölkerungsschichten und in die Arbeiterkreise. Und deshalb ist gerade die unentgeltliche Behandlung, die rationelle und systematische Sanierung des Mundes unserer Kinder ein wertvolles Mittel zur Hebung der Volksgesundheit.

Verantwortlicher Redakteur: Dr. Eugen Graetzer in Sprottau. — Verlag von Johann Ambrosius Barth in Leipzig. — Druck von Metzger & Wittig in Leipzig.

Centralblatt für Kinderheilkunde.

Eine Monatsschrift für praktische Ärzte.

XI. Jahrgang. **1. April 1906.** No. 4.

I. Originalbeiträge.

Aus der Kinderpflege- und Heilanstalt „St. Elisabeth-Kinderheim“ zu Halle a. S.

Beitrag zur Eisentherapie im Kindesalter: „Eubiose“.

Von

Dr. med. **A. Klautsch,**

dirig. Arzt der Anstalt.

Unter den uns zu einer erfolgreichen Behandlung aller auf Verarmung des Blutes an Eisen beruhenden Erkrankungen zu Gebote stehenden Eisenpräparaten verdienen diejenigen, welche das Eisen in einer organischen Verbindung enthalten, entschieden den Vorzug vor den anorganischen Präparaten. Nur ein außerordentlich kleiner Teil des in den Organismus eingeführten anorganischen Eisens gelangt zur Resorption und vielleicht noch weniger zur Assimilation, der größte Teil desselben dagegen verläßt unverbraucht wieder den Organismus, dabei oftmals einen ungünstigen, ja direkt schädlichen Einfluß auf den Verdauungstraktus ausübend, während die organischen Präparate, wie vielfache diesbezügliche Untersuchungen mit Sicherheit ergeben haben, vollständig und ohne jede unerwünschte Nebenwirkung von der Darmschleimhaut aus zur Resorption gelangen; das in denselben enthaltene Eisen wird assimiliert und in den einzelnen Organen (Leber, Milz, Knochenmark usw.) deponiert, um dann im Bedarfsfalle als Reserveeisen zu funktionieren.

Unter den organischen Eisenpräparaten zeichnen sich wieder diejenigen, welche das Eisen in einer solchen Form enthalten, wie es sich im lebenden Organismus präformiert vorfindet, durch eine besondere Wirksamkeit aus. In die Reihe dieser Blut-Eisenpräparate gehört auch die von der Eubiose-Gesellschaft in Hamburg in den Handel gebrachte „Eubiose“, ein flüssiges kohlensaures Hämoglobin-Eiweißpräparat von angenehmem, Vanillekakao ähnlichem Geschmack und Geruch. Vor anderen flüssigen Blutpräparaten unterscheidet sich die „Eubiose“ vorteilhaft durch:

1. Eine alleräußerste Eiweißkonzentration, ca. 32,25 %, während das bekannte Hämatogen Hommel nur 19,12 % enthält.

2. Freisein von Glyzerin und jeglichen chemischen und konservierenden Zusätzen.

3. Den fast physiologischen hohen Gehalt an Mineralstoffen des

Blutes (1,64 %), wie Eisenoxyd, metallisches Eisen, Phosphor (Lecithin) usw.

4. Die überaus anregende, tonisch exzitierende Wirkung der chemisch gebundenen, nicht freien Kohlensäure auf Herz und Verdauungstraktus.

5. Vollkommenste Ausnutzung: es wird zu $98^2/_3$ % vom menschlichen Körper völlig resorbiert; es gehen also nur $1^1/_3$ % bei der Verdauung des menschlichen Organismus verloren; bei der reinen Milch beträgt der Verlust immerhin noch $6^3/_4$ %.

Diese Eubiose ist eine wohlschmeckende etwas dickliche Flüssigkeit von dunkler, schwärzlicher Farbe, und ist frei von dem widerlichen, an Blut erinnernden Geruch anderer organischer Eisenverbindungen.

Angeregt durch die günstigen Gutachten, welche von einer großen Zahl von Ärzten und ärztlichen Leitern von Heilanstalten über die Wirkung der Eubiose bei den verschiedensten Formen von Chlorose und anämischen Zuständen abgegeben waren, habe ich mit dem Präparat, um seine Brauchbarkeit und Wirksamkeit im Kindesalter zu erproben, bei einer Anzahl von Kindern, wie sie mir im hiesigen St. Elisabeth-Kinderheim gerade zur Verfügung standen, im Laufe des vergangenen Jahres Versuche anzustellen Gelegenheit genommen. Es waren folgende acht Kinder, die bereits aus dem Säuglingsalter heraus waren, und bei denen eine Regeneration des Blutes nicht allein wünschenswert, sondern auch durchaus notwendig war.

1. Paul H. (J.-Nr. 1905. Nr. 32) aus Osterburg, geboren am 15. März 1903, aufgenommen 15. Juli 1905. Ein blasses Kind mit Residuen überstandener Rachitis an Kopf, Thorax und namentlich Extremitäten, der Appetit nur wenig entwickelt, sehr verdrießliches, teilnahmloses Wesen. Dauer der Eubiose-Darreichung 2 Monate.

2. Karl T. (J.-Nr. 1905. Nr. 22) aus Burg, geboren 31. Mai 1902, aufgenommen 28. Mai 1905. Leidlich gut entwickeltes Kind, das Nahrungsbedürfnis nur gering. Gesichtsfarbe etwas blaß. Dauer der Eubiose-Darreichung 6 Wochen.

3. Willy W. (J.-Nr. 1905. Nr. 19) aus Halberstadt, geboren 10. April 1901, aufgenommen 28. November 1904. Stark anämisches, schlecht genährtes, aber sehr intelligentes Kind, äußerst schwach und hinfällig, Appetit schlecht, Spondylitis. Dauer der Eubiose-Darreichung $2^1/_2$ Monate.

4. Anna K. (J.-Nr. 1905. Nr. 15) aus Dessau, geboren 19. September 1901, aufgenommen 16. Juli 1904. Kleines schwächliches, mäßig genährtes Kind von ungemein blasser Gesichtsfarbe, der Appetit war sehr ungleichmäßig. Dauer der Eubiose-Darreichung 2 Monate.

5. Anna O. (J.-Nr. 1905. Nr. 57) aus Staßfurt, geboren 25. Dezember 1901, aufgenommen 1. August 1905. Im allgemeinen zwar gut genährtes Kind, dessen Schleimhäute jedoch die Zeichen hochgradiger Anämie darbieten. Dauer der Eubiose-Darreichung 4 Wochen.

6. Paul T. (J.-Nr. 1905. Nr. 21) aus Burg, geboren 15. Mai 1901, aufgenommen 28. Mai 1905. Mäßig entwickeltes Kind, das durch eine rechtsseitige Pneumonie in seiner Ernährung sehr zurückgekommen war. Dauer der Eubiose-Darreichung 5 Wochen.

7. Frieda H. (J.-Nr. 1905. Nr. 53) aus Oldenburg, geboren 27. November 1900, aufgenommen 15. Juli 1904. Äußerst muskelschwaches, spärlich entwickeltes Kind, blasse Gesichtsfarbe, schlechter Appetit. Dauer der Eubiose-Darreichung 2 Monate.

8. Engelbert K. (J.-Nr. 1905. Nr. 14) aus Dessau, geboren 30. November 1899, aufgenommen 16. Juli 1904. Leidlich gut genährtes Kind, das eine hochfieberhafte Influenza durchgemacht hat und danach sich nicht recht erholen wollte. Der Appetit ließ sehr zu wünschen übrig. Dauer der Eubiose-Darreichung 4 Wochen.

Das Ergebnis der Eubiose-Medikation in diesen Fällen war zunächst, daß der Appetit der Kinder eine entschieden günstige Beeinflussung erfuhr und zwar in verhältnismäßig kurzer Zeit, schon am Ende der ersten Woche. Die Folge des vermehrten Appetites war dann eine größere Nahrungsaufnahme als vorher, was naturgemäß wieder erheblich dazu beitrug, daß die Kinder, deren Ernährungszustand mehr oder weniger zu wünschen übrig ließ, nunmehr wesentlich gekräftigt wurden, zufriedenstellendere Ernährungsverhältnisse erkennen ließen und an Körpergewicht gut zunahmen. Gleichzeitig damit wurden auch allmählich die sichtbaren Zeichen der Anämie rückgängig. Die Kinder bekamen mit der Zeit eine bedeutend lebhaftere, frischere und gesündere Farbe ihrer Haut und der sichtbaren Schleimhäute, namentlich der Lippen, Wangen und des Zahnfleisches. Daß in der Tat auch eine Vermehrung des Hämoglobins bei ihnen eintrat, ergaben in unzweideutiger Weise wiederholt vorgenommene Untersuchungen des Blutes mit der Hämoglobinskala von T. W. Talquist. Ich bemerke noch, daß ich den Kindern von dem Präparat täglich 3 Teelöffel rein und zwar jedesmal vor der Mahlzeit verabreichen ließ. Die Kinder nahmen ohne Ausnahme und anstandslos ihre Medizin, ohne jemals Widerwillen dagegen zu äußern. Irgendwelche Rücksichtnahme auf die Speisen war während der Zeit nicht notwendig.

Wenn auch die Zahl meiner Beobachtungen keine große ist, so glaube ich doch, daß sie ausreichend sind, um den Wert der Eubiose und ihre Wirksamkeit auch bei anämischen Zuständen im Kindesalter zu erweisen, und zu weiteren Versuchen anzuregen.

Die direkt appetitanregende Wirkung des Präparates in Verbindung mit der entschieden günstigen Beeinflussung der Blutverhältnisse innerhalb kurzer Zeit, seine gute Bekömmlichkeit und leichte Verdaulichkeit und nicht zum wenigsten sein angenehmer Geschmack sind Eigenschaften und Vorzüge, die uns bei der Behandlung aller auf Verarmung des Blutes an Eisen beruhenden Erkrankungen gerade im Kindesalter sehr erwünscht sind. Der Preis der Eubiose beträgt für die Flasche von ca. 250 g Inhalt Mk. 2,25.

II. Referate.

A. Schweitzer, Über das Protylin und Arsylin „Roche". (Gyógyászat. 1905. Nr. 31.) Diese Erzeugnisse von Hoffmann-Roche sind überaus leicht verdaulich und von großem Nährwert. Bei kachektischen, herabgekommenen und anämischen Patienten leistet das Protylin, bei Malaria, Malaria-Kachexie und Hauterkrankungen das Arsylin Hervorragendes.

Ernö Deutsch (Budapest).

L. Laquer (Frankfurt a. M.), Erfahrungen über die Anwendung von Eisen und Arsen. (Die Therapie der Gegenwart. September 1905.) L. hat Arsen-Ferratose mit bestem Erfolge bei

Anämie, Chlorose, Neurasthenie, Hysterie gegeben. Auch bei einer größeren Reihe schlecht genährter und erschöpfter Schulmädchen erwies sich dies Präparat als vortreffliches Tonikum. Drei Fälle von Chorea minor bei Schulmädchen von 8—11 Jahren wurden damit behandelt (3—4 Teelöffel pro die) und besserten sich dabei überraschend schnell.

Grätzer.

Fr. Burger (Koburg), Über innerliche Darreichung von Lysol bei Anämie und seine mächtig den Appetit anregende Wirkung. (Münch. med. Wochenschrift. 1905. Nr. 9.) Besonders bei Kindern zwischen 2 und 12 Jahren zeigt ein guter Teil der Fälle von Anämie, wenn sie als Begleiterscheinung der lymphatisch-skrofulösen Diathese auftritt, gleichzeitig sehr unregelmäßige, schlechte Verdauung und abnorme Gärungen im Darm; die Stühle sind meist dünnflüssig, riechen fötid, der Leib ist stark aufgetrieben. Beseitigt man diese Darmgärung nicht, so beeinflußt die Resorption der Gärungsprodukte weiter das Allgemeinbefinden und die Blutbeschaffenheit, eine Gesundung jener Kinder tritt nicht ein.

Gegen jene Gärung hat nun B. mit Erfolg Lysol angewandt und gefunden, daß dasselbe absolut nicht schadet, selbst in Tagesgabe von 0,75—1 g bei Kindern von 2—4 Jahren, bis zu 2 g bei älteren. Die Darmtätigkeit wurde sehr günstig beeinflußt, die Stühle wurden normal das Allgemeinbefinden und die Anämie besserten sich zusehends, vor allem aber regte Lysol den Appetit so mächtig an, daß B. bald gegen bloße Appetitlosigkeit Lysol verordnete und die Patienten ohne ärztliche Ordination von der Apotheke die „Freßpillen" haben wollten. Das Rezept lautet:

Rp. Lysol. 5,0
Succ. Liq.
Pulv. Liq. qu. s. ut f. p. Nr. 50.
S. 1—2stündl. 1 Pille.

Bei stärkeren Durchfällen setze man etwas Extr. Opii zu, bei hochgradiger Chlorose bewährte sich eine Kombination mit Ferr. reduct. und Magnes. ust. Die Pillen riechen und schmecken ja nicht gut, aber mit Energie erreicht man, daß sie genommen werden.

Grätzer.

W. Nebel, Über Bioferrin und einige Bemerkungen über Anämie bei Säuglingen. (Aus dem Versorgungshause für Mütter und Säuglinge in Haan bei Solingen.) (Deutsche med. Wochenschrift. 1905. Nr. 24.) Bioferrin hat sich bei kleinen anämischen Kindern bestens bewährt. Die Versuche fielen so befriedigend aus, daß N. zu dem Schlusse kommt, daß „Bioferrin ein sehr beachtenswertes Eisenpräparat ist, das besonders in der Kinderpraxis wegen seines angenehmen Geruches, Geschmackes, seiner flüssigen Form und schönen, klaren Farbe und ferner seiner guten Ausnutzbarkeit gerade in kleinen Gaben zu weitester Verbreitung berufen erscheint."

Was nun die Anämie bei Säuglingen anbetrifft, so fiel sowohl N. wie seinem Chef (Dr. Selter) bei den Hämoglobinbestimmungen (nach der Tallquistschen Methode) auf, daß hochgradig anämisch

aussehende Kinder einen Hämoglobingehalt von 70—80 % aufweisen. N. sagt darüber nun folgendes:

Wenn man Anämie als klinisches Symptom vor sich hat, so könnte

1. das Blutvolumen vermindert und die fehlende Menge durch stärkeren Gefäßtonus ausgeglichen sein; die Blutzusammensetzung brauchte sich dann nicht von der Norm zu entfernen;

2. der Mangel an normal zusammengesetztem Blut könnte durch die Aufnahme anderer Flüssigkeit beseitigt sein. Es würde also eine Verdünnung des Blutes eintreten. Der Gefäßtonus braucht hierbei nicht auszuhelfen.

In den meisten Fällen von Anämie dürfte es sich wohl um ein Zusammenwirken beider Faktoren, aber in verschiedenem Grade handeln.

Ich halte es nun für möglich, daß diese anämischen Kinder mit dem verhältnismäßig hohen Hämoglobingehalte von 70—80 % in der Tat anämischer sind, als sie nach der Hämoglobinbestimmung erscheinen, und daß es sich um eine Blutarmut in des Wortes wörtlicher Bedeutung, um eine „Haematopenia vera", handelte. Der Körper ist nach vielfacher Erfahrung bestrebt, die Zusammensetzung seines Blutes nur innerhalb geringer Grenzen schwanken zu lassen. Es müßte also der Gefäßtonus den Blutmangel ausgleichen. Bei der größeren Elastizität der kindlichen Gewebe ist es keine allzu starke Behauptung, wenn man den kindlichen Gefäßen größere Kontraktilität, mithin ergiebigeren Tonus zuschreibt. Daß nun gerade der Tonus bei dieser Anämie vornehmlich in Wirksamkeit tritt, dafür scheint mir das anämische Aussehen der Kinder, die bleiche Hautfarbe zu sprechen. Die Hautkapillaren sind entsprechend dem ganzen Gefäßsystem stärker kontrahiert, also schmaler und zierlicher. Die Beimischung der Rotkomponente zur Hautfarbe, die von ihnen stammt, ist geringer. Die Kinder erscheinen also bei fast normalem Hämoglobingehalte bleich, weil die Hautgefäße wegen des Blutmangels stark kontrahiert sind und in einem Zustande lange Zeit verharren, der sich beim Gesunden nur vorübergehend einstellen kann — beim Erbleichen.

Grätzer.

O. Gondesen, Über die blutstillende Wirkung des „Paranephrin Merck", beobachtet in einem Falle von Hämophilie. (Wiener klin.-therap. Wochenschrift. 1905. Nr. 48.) Es handelt sich um ein 12jähriges hämophiles Mädchen, das nach einer Zahnextraktion eine lebensbedrohende Blutung aus der Alveole bekam. Diese stand erst auf Kompression mit in die Paranephrinlösung getauchten Wattestückchen, und als die Blutungen noch 2mal wiederkamen, tat diese Behandlung wieder ihre Schuldigkeit und wirkte hier direkt lebensrettend.

Grätzer.

I. Snow, Eye Symptoms of Infantile Scurvy. (Archives of Pediatrics. 1905. Vol. 22. S. 577.) S. beobachtete eine starke Proptosis des rechten Auges und eine weniger ausgesprochene Proptosis des linken Auges bei einem 9 Monate alten Kinde, das an Scorbutus litt. Die unteren und oberen Augenlider waren angeschwollen

und schwarz, die Corneae trüb, die Conjunctivae dagegen ganz klar und der Augapfel frei beweglich. Die Diagnose von Scorbutus war mit Hilfe anderer Symptome sicher festgestellt. Das Kind starb 36 Stunden später.

H. B. Sheffield.

E. Looser, Über die Knochenveränderungen beim Skorbut und bei der Barlowschen Krankheit (Säuglingsskorbut). (Jahrb. f. Kinderheilk. Bd. 62. Heft 6.) Verf. tritt lebhaft für die Identität der Barlowschen Krankheit und des Skorbut ein, welcher sich weder in ätiologischer, symptomatologischer, noch pathologisch-anatomischer Beziehung davon unterscheidet. Der Skorbut macht regelmäßig Knochenveränderungen, und zwar gewöhnlich nur am jugendlichen, noch wachsenden Skelett, während beim Erwachsenen gröbere Knochenveränderungen selten (zuweilen an den Rippen) gefunden werden; hier und da kommt aber eine isolierte skorbutische Erkrankung (Auflösung) des Callus längst geheilter Frakturen vor (da der Callus noch längere Zeit nach der Konsolidation den Charakter des jugendlichen Knochens besitzt). Das Wesen der Barlowschen Krankheit besteht einzig in einer hämorrhagischen Diathese infolge einer chronischen Ernährungsstörung. Alle übrigen Symptome sind die Folgen der besonderen Lokalisation der Blutungen. Das fibröse Mark mit seinen Variationen ist die typische unausbleibliche Folge der Markblutungen; auch die im Bereiche der Markveränderungen vorkommende Atrophie der Spongiosa und der dazu gehörenden Corticalis ist eine Folge der subperiostalen und namentlich der Markblutungen. Die von Ziegler so benannte Osteotabes infantum ist ein Fall von Barlowscher Krankheit, bei dem die Blutungen ausnahmsweise mehr in die Mitte der Diaphyse erfolgt sind, als wie gewöhnlich am Ende derselben. Es empfiehlt sich für die Barlowsche Krankheit der allein richtige Namen infantiler Skorbut oder besser Säuglingsskorbut.

Hecker (München).

W. Stoeltzner, Ein anatomisch untersuchter Fall von Barlowscher Krankheit. (Jahrb. f. Kinderheilk. Bd. 73.) Am meisten interessiert an diesem Fall, daß während derselben Zeit, in der die Barlowsche Krankheit zur Heilung gelangt ist, der gleichzeitig bestehende rachitische Knochenprozeß sich als fortschreitend erwies. Ferner, daß die für Barlowsche Krankheit charakteristischen schweren anatomischen Knochenveränderungen in weniger als 3 Monaten vollständige Reparatur erfuhren. Die Knorpelwucherungsschicht an der distalen Epiphysengrenze der Tibia zeigte ausgesprochene Degeneration, ein Befund, der bisher nur von Schödel und Nauwerck festgestellt worden war.

Hecker (München).

E. Schlesinger (Straßburg), Zur Symptomatologie der Barlowschen Krankheit. (Münch. med. Wochenschrift. 1905. No. 43.) Der Fall, der ein 8 Monate altes Kind betraf, zeichnete sich zunächst dadurch aus, daß der subperiostale Bluterguß an der proximalen Diaepiphysärgrenze der Oberschenkel lokalisiert war, ein überaus seltenes Ereignis. Etwas fast einzig Dastehendes war ferner der Umstand, daß der Exophthalmus infolge orbitalen Hämatoms als erstes Symptom

der Barlowschen Krankheit auftrat. Die Proptosis hat also eine diagnostische Bedeutung als Frühsymptom. Übrigens erfolgte die Blutung hier in Schüben oder sie rezidivierte.

Sonst entsprach die Beobachtung in zahlreichen Punkten dem gewöhnlichen Bilde der Barlowschen Krankheit. Eintritt um den achten Lebensmonat herum, Angehörigkeit des Kindes zu einer gutsituierten Familie, Fehlen jeglichen Zeichens von Rachitis, dem Ausbruch vorangehende Enteritis usw. Vorhanden waren ferner profuser Hinterhauptsschweiß, eine beträchtliche Pulsbeschleunigung und Albuminurie zur Zeit des Höhepunktes, Symptome, die auch gelegentlich von anderen schon beobachtet wurden.

Ätiologisch war auch hier fehlerhafte Ernährung verantwortlich zu machen. Das Kind war mit Cratos Kindermehl ernährt worden. Nachdem diese Ernährung aufgegeben und Milch (nur kurz aufgekocht) gegeben worden war, trat geradezu zauberhaft ein Umschwung ein; in 10 Tagen waren Enteritis und Barlowsche Krankheit geheilt.

Grätzer.

Filippo Pagliari, Über einen Fall von Barlowscher Krankheit. (Rivista di Clinica Pediatrica. Mai 1905.) Verf. veröffentlicht hier den ersten in Rom zur Beobachtung gelangten Fall von Barlowscher Krankheit. Es handelte sich um ein 8 Monate altes Kind, das mit sterilisierter Milch genährt war. Der Fall ging in Heilung über. Angeregt von seiner Beobachtung tritt Verf. in ein kritisches Studium der Literatur ein und kommt zu folgenden Schlüssen: Die Barlowsche Krankheit ist mit äußerster Wahrscheinlichkeit eine Infektionskrankheit; die Ernährungsweise nimmt einen Platz unter anderen prädisponierenden Momenten ein, darf aber nicht als Ursache der Krankheit gelten. Daß die Barlowsche Krankheit gerade bei solchen Kindern auftritt, die mit sterilisierter Milch ernährt sind, hängt damit zusammen, daß die durch diesen Präparationsprozeß ihrer antiskorbutischen Eigenschaften beraubte Milch nicht mehr gegen die Infektion schützt, die die eigentliche Krankheitsursache darstellt. Es gibt eine große Anzahl von Fällen, die als Formes frustes oder im Anfangsstadium unbemerkt bleiben und sich unter schwerer Anämie, Kachexie usw. verbergen oder falsch gedeutet werden.

F.

Miron, Blutfleckenkrankheit (Purpura) von sumpfigem Ursprunge. (Mediz. Klinik. 1905. Nr. 22.) Bei einem $3^1/_2$ jährigen Mädchen, das in einer Malariagegend wohnte, zeigte sich neben Malaria ausgesprochene Purpura. Letztere verschwand zugleich mit der Malaria dauernd auf energische antimalarische Behandlung hin und nachdem die Eltern die Gegend verlassen. Es folgert M. daraus, daß auch die Purpura hier palustren Charakter hatte.

Grätzer.

H. Grenet, Pathogénie du purpura, recherches cliniques et experimentales. (Thèse de Paris. 1905.) G. führt die Purpura auf eine Intoxikation nervösen Ursprunges zurück, deren Ausgangspunkt eine medullare oder periphere Nervenerkrankung sein kann, doch ist es notwendig, daß gleichzeitig oder vorhergehend auch eine

viszerale Läsion bestehe. Namentlich ist es die Leber, welche in dem Zustandekommen dieser Krankheitsform eine Rolle zu spielen scheint, dadurch, daß infolge krankhafter Veränderungen derselben das Blut viel flüssiger wird. Man kann beim Kaninchen experimentell Purpura hervorrufen dadurch, daß man die Leber verletzt und gleichzeitig Toxine in den Rückenmarkskanal einspritzt. Ein derartiges Toxin ist im Blute Hämophiler und Purpurischer enthalten; auch durch das Toxin der Diphtheritis kann man Purpura hervorrufen. Auch beobachtet man oft die in Rede stehende Krankheit bei Zirrhotikern und Choloemischen, sowie auch anderer Krankheiten, namentlich solcher infektiöser Natur, welche auf das Leberparenchym einwirken. E. Toff (Braila).

Paul Mantel, Purpura exanthématique. (Archives de méd. des enf. Juin 1905.) Die Krankheit trat bei einem sonst gesunden und hereditär nicht belasteten 8jährigen Kinde auf und dauerte 6 Monate, wenn auch mit Unterbrechungen, indem sechs Rezidive auftraten, und zwar jedesmal, wenn man versuchte, der Patientin konsistentere Nahrung zu verabreichen, oder sie in aufrechter Haltung, außerhalb des Bettes zubringen zu lassen. Ruhe und Diät genügten dann in kurzer Zeit um die krankhaften Symptome verschwinden zu machen. Die Stellen, an welchen sich die Hautblutungen entwickelten, waren zuvor Sitz empfindlicher Schmerzen, auch die Darm- und Blasenblutungen traten nach heftigen kolikartigen Schmerzen des Bauches auf. Im Harne wurden öfters Eiweiß und Zucker nachgewiesen, doch verschwanden dieselben zugleich mit den krankhaften Erscheinungen. Die einzige nachweisbare Ursache des betreffenden Krankheitsfalles waren Schreck und psychische Aufregungen, doch scheint es sich am Anfange derartiger Erkrankungen eher um eine gastrointestinale Infektion zu handeln. E. Toff (Braila).

H. Grenet, Pathogénie du purpura (recherches cliniques) et expérimentales. (Thèse de Paris. 1905.) Der Verf. hat sowohl klinisch als auch experimentell die Purpura haemorrhagica studiert und ist auf Grund seiner Erfahrungen zur Überzeugung gelangt, daß es sich bei dieser Krankheit um nervöse Störungen handelt, in Verbindung mit hepatischen Läsionen. Infolge Bestehens der letzteren soll die im Blute zirkulierende Eiweißmenge vermindert und hierdurch dasselbe flüssiger werden, wodurch Blutungen viel leichter zustande kommen, während die Verteilung derselben auf die nervösen Störungen zurückzuführen ist. G. konnte diese verschiedenen Störungen auch experimentell feststellen, indem er bei Kaninchen Leberläsionen bewirkte, dann in das Rückenmark Blut von Purpurakranken oder Hämophilen, oder auch Diphtherietoxin einspritzte. Auf diese Weise konnten experimentell alle Arten von Eruptionen hervorgerufen werden.
E. Toff (Braila).

Swart, 'Vier Fälle von pathologischer Blutbildung bei Kindern. (Bantische Krankheit? Syphilis?) (Virchows Archiv. Bd. 182. Heft 3.) Bei einem Neugeborenen und drei Kindern aus dem ersten bzw. zweiten Lebensjahre weiblichen Geschlechts fand sich klinisch ein sehr ähnlicher Symptomenkomplex: hochgradige

Anämie, starke Vergrößerung der Leber und Milz und in zwei Fällen ausgesprochener Aszites. Weder anamnestisch noch klinisch ergaben sich Anhaltspunkte für kongenitale Syphilis. Auch makroskopisch ließ sich nichts finden bei der Sektion, was für Syphilis gesprochen hätte. Die mikroskopische Untersuchung, die fast in allen Fällen an der Milz, der Leber, dem Knochenmark, Lymphknoten und Niere vorgenommen wurde, ergab im allgemeinen übereinstimmende, nur graduell verschiedene Befunde. Es fand sich nämlich als Ursache der Leber- und Milzvergrößerung eine eigenartige, hochgradige klein- und großzellige Wucherung, die als Ausdruck einer übertriebenen, hämatopoetischen Funktion beider Organe aufgefaßt wird, „und zwar derjenigen Form, die sonst nur auf die fötale Periode beschränkt ist, bei der Milz früh sistiert, bei der Leber den Geburtstermin nur wenig überschreitet". Ähnliche und in demselben Sinne gedeutete Veränderungen fanden sich in den Nieren, Lymphknoten und Knochenmark. Auf Grund der nach Abschluß der Arbeit noch vorgenommenen Färbung der Präparate auf Zellgranula nach Schridde ergab sich, daß hauptsächlich folgende Zellen an der Wucherung beteiligt waren: Mutterzellen der granulierten Leukozyten, neutrophile Myelozyten und Erythroblasten. S. rechnet seine Fälle zur Anaemia splenica und glaubt die Möglichkeit, daß es sich um eine besondere Art der Äußerung der kongenitalen Syphilis, die in diesen Fällen nur auf den hämatopoetischen Apparat beschränkt gedacht werden muß, handelt, nicht ausschließen zu sollen. Bennecke (Marburg).

Oppenheimer, Riesenleberzellen bei angeborener Syphilis. (Virchows Archiv. Bd. 182. Heft 2.) O. untersuchte 7 Fälle von kongenitaler Syphilis bei Neugeborenen und kleinen Kindern und fand in allen diesen Fällen Riesenzellenbildungen in der Leber, die sich den Leberzellenbalken einfügten. Kontrolluntersuchungen zeigten, daß sich die Riesenzellen nur in solchen syphilitischen Lebern fanden, die auch sonstige entzündliche Veränderungen aufwiesen; in den vorliegenden Fällen war verschieden hochgradige Leberzirrhose und umschriebene Leberzellennekrose vorhanden. Die Riesenzellen leitet O. von den Leberzellen ab und nimmt für ihre Entstehung eine unizelluläre Genese und nicht ein Konfluieren aus mehreren einzelnen Leberzellen an. Bennecke (Marburg).

Barbulescu, Das Enesol in der Behandlung der Syphilis. (Rivista sanitara militara. November 1905.) Das Enesol oder salizylarsensaure Quecksilber ist eine Hg-Verbindung, welche sich durch eine besondere geringe Giftigkeit auszeichnet. Vergleichsweise ist die Giftigkeit desselben etwa 70mal geringer als diejenige des Jodquecksilbers, außerdem ist es viel weniger reizend, so daß die intramuskulären Einspritzungen mit Lösungen desselben fast schmerzlos sind, und endlich hat dasselbe auch tonisierende und dynamische, auf den Arsenikgehalt zurückzuführende Eigenschaften. Verf. hat gute Erfolge in der Behandlung der Syphilis in verschiedenen Stadien und Formen erzielt, so bei syphilitischer Iritis, Gummen des weichen Gaumens, verschiedenen sekundären Syphiliden usw. und empfiehlt es an der Stelle der bisher benutzten Quecksilbersalze. Die täg-

liche Dosis ist 0,06—0,12 und sind für eine Behandlungsserie 20 bis 30 Einspritzungen notwendig.

E. Toff (Braila).

Hübner, Über den jetzigen Stand unserer Kenntnisse von der Spirochaete pallida. (Dermatol. Zeitschr. Bd. 12. Heft 11.) Eine ausführliche Zusammenstellung der Literatur bis zum 31. VIII. 1905. Verf. hat 85 Publikationen berücksichtigt und in sehr übersichtlicher Weise alles Wissenswerte herausgearbeitet. Der Index der Literatur wird jedem, der sich mit der neuesten Syphilisforschung beschäftigt, sehr willkommen sein.

James O. Wentzel (Zittau).

Richard Wiesner, Über Erkrankung der großen Gefäße bei Lues congenita. (Zentralbl. f. allg. Path. u. path. Anat. Bd. 16. Nr. 20.) Bei 9 von 10 Kindern mit kongenitaler Lues konnte W. an der Aorta, ihren größeren Verzweigungen und der A. pulmon. Veränderungen beobachten, die er für kongenitale Lues für charakteristisch hält, und die die äußerste Schicht der Media, seltener die innerste, dem Lumen zugewandte, Schicht der Adventitia betreffen. Bei bald nach der Geburt gestorbenen Kindern bestehen diese Veränderungen in Zellansammlungen um die stark gefüllten Vasa vasorum; bei älteren Kindern treten die Zellen gegenüber einer perivaskulären Bindegewebswucherung ganz zurück oder fehlen ganz; auch findet sich oft partielle oder totale Obliteration der Vasa vasorum. In einem Falle konnte ein noch älteres Stadium beobachtet werden. Es fand sich schwielige Verdickung des neugebildeten Bindegewebes und ausgedehnter Zerfall elastischer Fasern an den in Frage kommenden Stellen. Reichliche Kontrolluntersuchungen ergaben das Fehlen dieser Veränderungen bei nicht syphilitischen Kindern.

Bennecke (Marburg).

J. Trumpp, Blutdruckmessungen an gesunden und kranken Säuglingen. (Jahrb. f. Kinderheilk. Bd. 63.) Die Resultate von 1300 Blutdruckmessungen, welche T. im Berliner Kinderasyl vorgenommen hat. Er bediente sich des Gärtnerschen Tonometers, bei welchem er die Anämisierung insofern änderte, als er statt eines Gummiringes die durch ein Glasrohr geleitete Schlinge einer vierkantigen Gummischnur benutzte, die durch Zug an dem Glasrohr nach Belieben erweitert und verengert werden kann. Nicht nur muß die Anämisierung schonend sein, sondern auch das ganze übrige Verfahren muß darauf eingerichtet sein, den Säugling möglichst wenig zu stören. Die Messung wurde deshalb entweder an dem im Bett liegenden Säugling vorgenommen, oder dieser wurde in seiner ganzen Packung auf den Tisch gelegt. Um volle Objektivität des Verfahrens zu garantieren, wurde bei der Messung das Manometer nur 2mal abgelesen. Das eine Mal zur Bestimmung des Überdruckes, das andere Mal zur Bestimmung des Blutdruckes (B.D.) im Moment der diffusen Rötung der Fingerbeere. Die Messungen wurden täglich einmal, in manchen Fällen 2mal vorgenommen, und zwar fast stets — zur Kontrolle — an Fingern beider Hände.

Eine Prüfung von 300 Messungen ergab ein Überwiegen des B.D. an der linken Hand in 122 Fällen, an der rechten Hand in

97 Fällen, völlig gleiche Werte an beiden Händen in 81 Fällen. Die Differenzen betrugen 2—10 mm, die höchste Differenz in einigen seltenen Fällen 15 mm. Die B.D.-Befunde wurden erst am letzten Tage mit den klinischen Befunden verglichen. Bei der großen Empfindlichkeit des B.D. auf alle möglichen physiologischen Reize hat die einzelne B.D.-Messung keine große Bedeutung, wertvoller dagegen ist die B.D.-Kurve. Jede Muskeltätigkeit, jeder Nervenreiz erhöht den B.D. Beim wachenden Säugling ist der B.D. höher als beim schlafenden, was von der Bewegung abhängt. Nach der Nahrung ist der B.D. um 8—10 mm höher als vor der Mahlzeit. Der Nahrungswechsel hat Einfluß insofern, als besonders Übergang von künstlicher zu natürlicher Ernährung eine Steigerung des B.D. bedingen kann.

Beim gesunden ruhigen Säugling scheint der B.D. nicht über 90 mm Hg zu steigen und nicht unter 60 mm Hg zu sinken. Der Mittelwert beträgt 80 mm Hg. Werte darunter finden sich gewöhnlich nur beim schlafenden Kinde, oder bei früh und schwach geborenen Säuglingen. Neugeborene zeigen kein anderes Verhalten ihres B.D. als ältere Säuglinge. Dagegen scheint Ikterus bei denselben den B.D. zu beeinflussen, in der Weise, daß der B.D. im Anfangsstadium erhöht, nach voller Entwicklung des Ikterus erniedrigt wird. Bei Bronchitis und Bronchopneumonie findet sich der B.D. stets erhöht, und zwar proportional der Schwere der Erkrankung und der vorhandenen Herzkraft. Erhöhung des B.D. findet sich ferner bei nervöser Übererregbarkeit und Krämpfen, bei Angina, Rhinitis, Otitis, Lymphadenitis suppurativa, Furunkulose und Phlegmone.

Bei akuten Ernährungsstörungen sieht man regelmäßig nach starken Wasserverlusten und Gewichtssturz einen Abfall der B.D.-Kurve auf subnormale Werte. Ebenso bei solchen, die mit Intoxikationen einhergehen. Bei chronischen Ernährungsstörungen ist der B.D.-Befund in jedem Falle wieder verschieden, je nach den Begleitumständen des oft recht wechselvollen Krankheitsbildes.

Bei zwei Fällen mit ganz enormen V-förmigen Gewichtsschwankungen folgt die B.D.-Kurve der Gewichtskurve nicht nur in der absteigenden, sondern auch wieder in der aufsteigenden Linie.

T.s theoretische Ansicht über diesen Befund ist im Original nachzulesen. Zur frühzeitigen Unterscheidung zwischen Körperansatz und bloßer Wasserretention dürften B.D.-Messungen noch wertvoll werden.

Hecker (München).

K. Oppenheimer und **S. Bauchwitz**, Über den Blutdruck bei gesunden Kindern. (Arch. f. Kinderheilk. Bd. 22. Heft 5 u. 6.) Die Untersuchungen wurden an einer größeren Zahl kleiner und großer Kinder ausgeführt, und zwar mit dem Apparat von Riva Rocci, der in der Sahlischen Modifikation den Verff. für Blutdruckuntersuchungen bei Kindern und auch bei Säuglingen geeignet erscheint. Nur wenn die letzteren schreien, erhält man falsche Werte. Es ergab sich, daß der Blutdruck mit zunehmendem Alter ansteigt. Nach Aufnahme von Nahrung, besonders bei reichlicher Nahrungszufuhr tritt stets eine Erhöhung ein; bei Säuglingen ist eine solche

Steigerung nicht immer vorhanden. Ebenso erhöht reichliche Flüssigkeitszufuhr den Blutdruck. Unter allen Umständen wird er erhöht durch physische Erregung, während ausgiebige Bewegung (Springen usw.), den Druck teils erhöht, teils nicht verändert. Hecker (München).

van Cordt, Über Veränderungen von Blutdruck, Blutzusammensetzung, Körpertemperatur, Puls und Atemfrequenz durch Einwirkung kühler Luft auf den nackten Menschen. (Zeitschr. f. diät. u. physikal. Therapie. Bd. 9. Heft 7 u. 8.) Der Einfluß eines mit mäßiger Wärmeentziehung verbundenen Kältereizes auf einen großen Teil der Hautoberfläche des gesunden Menschen gibt sich in einheitlicher Weise ohne plötzliche Reaktionserscheinungen kund in der Blutverteilung, dem Blutdruck, Körpertemperatur, Puls- und Atmungsfrequenz. Der Einfluß auf die Blutverteilung dokumentiert sich durch eine periphere Kälteleukozytose, eine Abnahme der Erythrozyten und Vermehrung der Leukozyten. Blutdruck und Temperatur des Körperinnern steigen von Beginn der Kältewirkung an, um erst nach Erreichung eines individuell verschieden hohen und zeitlich verschiedenen Maximums langsam oder rascher zu wirken. Puls und Atmungsfrequenz nahmen in geringem Maße ab.

Freyhan (Berlin).

Scheidemandel, Über die durch Adrenalininjektion zu erzeugende Aortenverkalkung der Kaninchen. (Virchows Archiv. Bd. 181. Heft 2.) S. kommt zu ähnlichen Resultaten wie Ziegler (siehe das folgende Referat) bezüglich des histologischen Befundes an den großen Arterien nach langdauernder Adrenalininjektion; nur beschreibt er Einrisse der elastischen Lamelle, die er wegen der Gegenwart von Fremdkörperriesenzellen für intra vitam entstanden ansieht. Ferner glaubt S. eine elektive Wirkung des Adrenalins auf die glatten Muskelfasern annehmen zu sollen. — Zu seinen Versuchen benutzte S. Adrenalin-Takamine, Epirenan-Beyk, und Paranephrin. Alle drei Substanzen verhalten sich in klinischer wie pathologisch-anatomischer Wirkung ähnlich. Die individuelle Widerstandsfähigkeit der Kaninchen und Meerschweinchen ist der sicher beobachteten Giftwirkung gegenüber eine sehr verschiedene. Einzelne Tiere sterben sofort nach Injektion kleinster Mengen, während andere große Dosen vertragen. — Die experimentell erzeugten Verkalkungen sind nicht der menschlichen Arteriosklerose gleich zu bewerten. Bennecke (Marburg).

K. Ziegler, Über die Wirkung intravenöser Adrenalininjektion auf das Gefäßsystem und ihre Beziehungen zur Arteriosklerose. (Beitr. z. path. Anat. u. allg. Path. v. Ziegler. Bd. 38. Heft 1.) Z. injizierte Kaninchen intravenös während längerer Zeiträume bald in konstanter, bald in steigender Dosis schwache Adrenalinlösungen. Die dadurch entstehenden Gefäßveränderungen zeigen gewisse Ähnlichkeiten mit bestimmten Formen der menschlichen Arteriosklerose. Die ersten Veränderungen sind Nekrosen der Muskulatur in der Media der größten Arterien, in die hinein es zu Kalkablagerungen kommt. Dann treten an entsprechenden Stellen

auch Nekrosen der elastischen Fasern auf. Entzündliche Veränderungen bilden sich erst spät, und zwar vornehmlich in der Adventitia, ausgehend von den Vasa vasorum in Gestalt von feinen Gefäßsprossen. Die durch die Nekrose bedingte geringere Widerstandsfähigkeit der Wandung an umschriebener Stelle gegen die Blutdruckschwankungen wird nach Möglichkeit ausgeglichen durch eine eigentümliche, nicht vom Endothel ausgehende, zellige Wucherung der Intima. — Z. erklärt die von ihm erhobenen Befunde als bedingt durch Zirkulationsstörungen im Bereiche der Vasa vasorum; er kann anatomisch nicht entscheiden, ob diese direkt oder auf nervösem Wege zustande kommen. Die Muskulatur der Media ist zu schwach, um den auf sie einwirkenden Druckschwankungen Widerstand zu leisten. Um eine elektive Giftwirkung auf die glatte Muskulatur handelt es sich dabei nicht, da unter anderem die glatte Muskulatur des Uterus Veränderungen nicht erkennen ließ. — Adrenalin an sich ist in größeren Dosen giftig, es tritt aber mit der Zeit eine gewisse Toleranz ein. Die individuelle Widerstandsfähigkeit ist bei verschiedenen Tieren eine verschiedene. Bennecke (Marburg).

Rudolf Oppenheimer, Über Aortenruptur und Arteriosklerose im Kindesalter. Ein Beitrag zur Entstehung der Arteriosklerose. (Aus dem path. Institut d. Universität Würzburg.) (Virchows Archiv. Bd. 181. Heft 2.) O. untersuchte die Aorten zweier Kinder (9 bzw. 10 Jahre) mikroskopisch, die beide im aufsteigenden Aste des Aortenbogens umschriebene arteriosklerotische Veränderungen aufwiesen. Bei dem jüngeren Kinde war es zu einer Spontanruptur der Aorta gekommen. Entzündliche Veränderungen fanden sich an der Aorta bei der mikroskopischen Untersuchung nicht, wohl aber eine Störung im Aufbau der elastischen Fasern in der Media und sekundäre separate Wucherungen in der Intima und Adventitia, die zu dem Schlusse berechtigen, daß die Ruptur, wohl im Anschluß an eine Blutdrucksteigerung, von der Media ihren Ausgang nahm. Im zweiten Falle, der mit Nephritis kombiniert war, fanden sich entzündliche Veränderungen der Adventitia und Media, die zweifellos von der Vasa vasorum ausgegangen waren. Ätiologisch spielen in diesem Falle Toxine eine Rolle. Bennecke (Marburg).

G. Guyot, Über das Verhalten der Lymphgefäße der Pleura bei proliferierender Pleuritis. (Zieglers Beitr. Bd. 38. Heft 1.) Über das Verhalten der Lymphgefäße bei Pleuritis liegen eingehende Untersuchungen bisher nicht vor. G. erzeugte deshalb, da Injektionsversuche der Lymphgefäße an menschlischen Pleuraschwachen fehl schlugen, bei Kaninchen durch Aleuronat eine exsudativ produktive Pleuritis. In der ersten Zeit sind die subpleuralen Lymphgefäße erweitert, aber bereits später finden sich in ihnen polynukleäre Leukozyten, an deren Stelle dann, wenn die Organisation beginnt, Lymphozyten treten. Daneben bilden eiweißartige Massen, auch rote Blutkörperchen, den Inhalt, so daß eine Unterscheidung von Blutgefäßen oft schwer ist. Sobald die Organisation auf der Pleura beginnt, fangen die Lymphgefäße an, Sprossen durch die elastische Grenzlamelle in das Granulationsgewebe zu senden. In

diesem treten auch Spalten auf, die später mit den Lymphkapillaren in Verbindung treten und von ihnen eine Auskleidung mit Endothel bekommen. Bennecke (Marburg).

P. J. O. van der Meer, De waarde der Cytodiagnostiek van pleura-exsudaten. (Die Bedeutung der Zytodiagnostik für die Exsudate der Pleurahöhle.) (Ned. Tydschr. v. Geneeskunde. 1905. Bd. 2. S. 194.) Es wurden für die Zytodiagnostik 23 Fälle von Pleuritis exsudativa verwendet. In 11 Fällen, wo Lymphozytose gefunden wurde, konnte die nichttuberkulöse Natur festgestellt werden. In den zwölf anderen Fällen wo die Diagnose Leukozytose war, erwies sich das Exsudat in 8 Fällen sicher tuberkulös, und in 3 Fällen wurden zwar keine Tuberkelbazillen gefunden, doch war eine sehr ausgesprochene hereditäre Anlage vorhanden. Nur ein einziger dieser 12 Fälle war sicher nichttuberkulös (maligner Tumor).

M. kommt zu dem Schluß, daß die Lymphozytose mit Sicherheit die tuberkulöse Natur der Pleuritis anzeigt, während das Fehlen dieser Lymphozytose die Diagnose Tuberkulose nicht ausschließen soll.

Ref. ist der Meinung, daß aus diesen Untersuchungen ebensogut als aus denen Vetters (s. unten) der große Wert der Zytodiagnostik spricht, und die anwesende Lymphozytose mit Sicherheit für die tuberkulöse Natur spricht, während beim Fehlen dieser mit der größten Wahrscheinlichkeit Tuberkulose ausgeschlossen werden kann.

Im Anschluß an diese Untersuchungen von Pleuritis wurde auch von M. in 5 Fällen von Meningitis die Lumbalpunktionsflüssigkeit zytodiagnostisch untersucht. Auch hier wurde in den 4 Fällen von Lymphozytose mit Sicherheit Tuberkulose konstatiert, während es sich in dem einzigen Falle von Leukozytose um Genickstarre (mit Heilung) gehandelt hat. Auch hier ergibt sich also der große Wert der Zytodiagnostik. Graanboom (Amsterdam).

W. Vetter, Morphologisch en bacteriologisch onderzoek von pleuraexsudaten. (Morphologische und bakteriologische Untersuchungen von Pleuraexsudaten.) Nederlandsch Tydschrift voor Geneeskunde. 1905. Bd. 1. S. 352.) Bei 10 Patienten mit sog. primärer Pleuritis wünschte V. dem klinischen Wert der durch Widal und Rivault angegebenen Zytodiagnostik nachzugehen. Widal und Rivault haben nämlich gefunden, daß die Pleuraexsudate nach ihrer zellularen Zusammensetzung in drei Hauptgruppen eingeteilt werden können, und daß jede dieser Gruppen eine bestimmte Zell-Formel beantwortet. Bei der ersten Gruppe, welche die Pleuritis tuberculosa umfaßt, findet man nur ausschließlich Lymphozyten (Lymphozytose). Bei der zweiten Gruppe, welcher die entzündlichen Exsudate von nichttuberkulöser Natur angehören (s. w. Pneumokokken, Staphylokokken, Pleuritis usw.) finden sich hauptsächlich polynukleäre Leukozyten (Polynukleose), während bei der dritten Gruppe, welche auf mechanischer und toxischer Ursache beruht (s. w. Hydrothorax und Pleuritis bei Herz- und Nierenkranken), sich hauptsächlich Endothelzellen (Endotheliose) finden.

In den 10 Fällen von primärer Pleuritis war bei sehr genauer und wiederholter Untersuchung in den Lungen kein einziger Anhaltspunkt für die tuberkulöse Natur des Leidens zu eruieren. Sie betrafen alle zuvor ganz normale Individuen, ohne hereditäre Anlage und mit ausgesprochenem akuten Anfang des Leidens. Die tuberkulöse Natur war also aus den klinischen Erscheinungen sehr zweifelhaft. Durch die Zytodiagnostik nun konnte in allen Fällen Lymphozytose konstatiert, und so die tuberkulöse Natur sichergestellt werden.

Zur Kontrolle wurden fünf Pleuraexsudate bei sicher Nichttuberkulösen (s. w. Carcinoma der Pleura usw.) auf Lymphozytose untersucht, und bei allen diesen fehlte dieser Zell-Befund.

Die Ergebnisse der Zytodiagnostik wurden nun weiter durch das Tierexperiment und die Kulturmethode kontrolliert. Durch die erste gelang es in sechs, durch die zweite in neun der zehn untersuchten Fälle Tuberkelbazillen nachzuweisen. In 2 Fällen, wo das Tierexperiment, und in dem einen Falle, wo die Kulturmethode negative Ergebnisse gaben, war dies Folge des zu geringen Quantums untersuchter Exsudate. Es zeigte sich also, daß in allen 10 Fällen, wo die Zytodiagnostik eine für Tuberkulose charakteristische Zell-Formel ergab, es sich auch wirklich um Tuberkulose handelte.

Die durch V. angewandte Methode war die folgende: Zwei Zentrifugierröhrchen werden mit 8 ccm physiol. Kochsalzlösung gefüllt, danach zu jedem Röhrchen 2 ccm der frisch aspirierten Exsudatflüssigkeit gemischt; 3—5 Minuten zentrifugiert und nun das Sediment untersucht. Auf das Deckglaspräparat wurden dazu einzelne Tropfen der Färbelösung (Leishmans Eosin-Methylenblaulösung) gebracht, und nach $^1/_2$ Minute die doppelte Anzahl Tropfen destillierten Wassers zugefügt, nach 5 Minuten abgespült, dann 1 Minute liegen gelassen in destilliertem Wasser, endlich Trocknen. Das Fixieren geschieht durch die Färbelösung. Graanboom (Amsterdam).

Artemio Magrassi, Der chirurgische Eingriff bei den eitrigen Pleuritiden der Kinder. (La Pediatria. Januar 1905.) Verf. berichtet über 39 Fälle. Bei sieben Kindern hat er die Pleurotomie unter totaler Anästhesie gemacht, in allen anderen Fällen die Rippenresektion in Narkose. Er betont besonders zwei Punkte: die sorgfältige vorhergehende Desinfektion des Operationsfeldes, als ob es sich um eine durchaus aseptische Operation handele, und die Probepunktion bei bloßgelegter Pleura. Unter den 39 Fällen verliefen vier tötlich. Nur in einem Fall war die Pleuritis sicher auf tuberkulöser Basis entstanden; in einem anderen heilte die Pleuritis völlig, wenige Tage darauf jedoch machte sich eine akute Tuberkulose der Brust- und Baucheingeweide bemerkbar, an der das Kind zugrunde ging. F.

Paul Mantel, Deux pleurésies chez une fillette de neuf ans. (Archives de méd. des enf. Juin 1905.) Der Fall war dadurch interessant, daß die beiden Rippenfellentzündungen nacheinander, getrennt durch einen Zeitraum von nahezu einem Monat auftraten, daß

dieselben ohne operativen Eingriff in vollständige Heilung übergingen, und daß jeder Krankheitsattacke wochenlang Seitenstechen und ein heftiger Schmerz in der Gegend der letzten Hals- und ersten Brustwirbel, bei normaler Temperatur, vorangegangen war. Tuberkulöse Heredität konnte ausgeschlossen werden, und war auch später bei der Patientin, trotz jahrelanger Beobachtung, nichts von Tuberkulose zu bemerken, so daß M. eine auf Influenzainfektion beruhende Erkrankung annimmt. E. Toff (Braila).

J. Comby (Paris), Un cas de pleurèsie interlobaire. (Arch. de méd. des enf. 1906. Nr. 1.) Eine interessante und seltene Pleuritisform ist diejenige, bei welcher das Exsudat sich zwischen zwei Lungenflügeln einkapselt, die sogenannte interlobäre Pleuritis. C. hat eine solche Erkrankung bei einem 4jährigen Kinde diagnostiziert, und waren die Hauptsymptome folgende: Geringes Fieber, relativ guter Allgemeinzustand, keine Dyspnoe, Verdrängung des Herzens nach rechts und hauptsächlich eine Zone mit mattem Perkussionsschalle, welche sich zwischen zwei Zonen mit sonorem Schalle befand und von der Wirbelsäule, in der Höhe des Schulterblattes, unter die Achsel und nach vorne bis zum Sternum hin sich erstreckte. Die vorgenommene Punktion ergab 200 g einer eitrigen Flüssigkeit, in welcher Pneumokokken gefunden wurden. Das Fieber fiel und das Kind konnte nach einigen Wochen geheilt entlassen werden.

E. Toff (Braila).

Deguy et **Detot** (Paris), Les pleurésies métadiphtériques. (Revue mens. des malad. de l'enfance. 1906. Nr. 2.) Pleuritis ist eine seltene Komplikation der Diphtherie; ältere Autoren erwähnen dieselbe gar nicht, während nach neueren Statistiken die Krankheit 5mal unter 1122 Diphtheriefällen (Beweil), bzw. 4mal unter 1142 (Leonhardt) gefunden wurde. Viel größer sind aber die Zahlen, wenn man nicht die klinische Pleuritis, sondern die Befunde bei den Nekropsien in Betracht zieht. So wurde in der Abteilung von Marfan 13mal Pleuritis unter 85 sezierten Diphtheriefällen gefunden. Meist handelt es sich um sekundäre Infektionen, die auf broncho-pulmonalem Wege eingedrungen sind; in anderen, wenn auch seltenen Fällen, scheint es sich um unabhängige Erkrankungen des Brustfelles zu handeln, und für diese möchten die Verff. eine direkte diphtheritische Intoxikation in Anspruch nehmen. Die sekundären, meist eitrigen Pleuritiden, beruhen hauptsächlich auf Streptokokkeninfektion, sehr viel seltener werden andere Bakterienarten vorgefunden. Außer den Infektionen, die von den Bronchien oder den Lungen herrühren, wären noch jene, welche auf dem Wege der Lymphbahnen oder vom Mediastinum aus zur Pleura hingeleitet werden, zu erwähnen. Letztere Komplikationen werden mitunter nach Tracheotomien, oder auch nach lange fortgesetzten Intubierungen beobachtet; es bildet sich ein peri- oder retropharyngealer Abszeß, der Eiter senkt sich hinter die Trachea, gelangt in das Mediastinum und kann von hier aus das Brustfell infizieren. E. Toff (Braila).

M. E. Tauber, Über die Rolle der pleuritischen Ergüsse im Mechanismus der Asystolie. (Inaugural-Dissertation. Bukarest

1905.) Die Schlüsse, zu welchen der Verf. auf Grund seiner Arbeit gelangt, sind folgende. Zwischen Herz und Lungen besteht eine feste physiologische Solidarität. Die pleuritischen Ergüsse üben eine hemmende Wirkung auf den kleinen Kreislauf und eine tiefe Störung in der Brustaspiration aus, hierdurch wird auch die Herzzirkulation beeinflußt und es kommt zur Erweiterung und Hypertrophie des rechten Herzens, Ischämie des linken, Trikuspidalisinsuffizienz und selbst Asystolie mit allen krankhaften Folgeerscheinungen, so daß die Existenz einer Asystolie pleuralen Ursprungs als festgestellt erscheint.

Bei auf Klappenfehlern beruhenden Herzerkrankungen sind pleurale Komplikationen häufig und erscheinen unter Form einer Symphyse oder eines pleuralen Ergusses, dieselben sind aber von der Asystolie unabhängig und haben gewöhnlich als Ursachen die sog. subpleuralen Embolien.

Die Asystolien pleuralen Ursprungs sind zweierlei: nach Entleerung des Ergusses und Heilung der Pleuritis verschwindet auch die Asystolie, oder dieselbe wird zwar gebessert, verschwindet aber nicht vollständig. Die Prognose ist meist eine ernste, da die Erneuerung der pleuritischen Flüssigkeit eine immerwährende Gefahr für das Herz bildet und zu neuen asystolischen Krisen Veranlassung geben kann. In allen diesen Fällen ist also die Thorakozentese indiziert und dieselbe soll gemacht werden, so oft man im Verlaufe einer Herzkrankheit das Bestehen eines selbst unbedeutenden pleuralen Ergusses nachweisen kann. Auf diese Weise kann man der Asystolie vorbeugen, dieselbe heilen, oder in schweren Fällen in das Leben nicht bedrohenden Grenzen halten. E. Toff (Braila).

Guido Berghinz, Einige Fälle von eitriger Diplokokkeninfektion. (Rivista di Clinica Pediatrica. V. 1905.) Die Fälle sind: 1. Linksseitige eitrige Pleuritis diplococcica, entzündliche Thrombose der Meningealgefäße durch den Diplococcus. 2. Bronchopneumonie und Meningitis cerebrospinalis purulenta diplococcica. 3. Rhinitis und Otitis chronica purulenta diplococcica. Doppelseitige Pleuropneumonie. Pericarditis fibrino-purulenta diplococcica. 4. Chronische Pleuropneumonie. Pericarditis und Peritonitis purulenta diplococcica. 5. Polyarthritis purulenta diplococcica. F.

Bochenski und **Gröbel,** Intrauterine Infektion mit Pneumonia crouposa. (Przeglad lekarski. 1905. Nr. 32.) Bei einer 10monatlichen Gravida wurde eine rechtsseitige kruppöse Lungenentzündung konstatiert. 3 Tage nach Spitalsaufnahme traten Wehen auf. Patientin gebar ein 3200 g schweres Kind, bei dem eine sofort vorgenommene Untersuchung eine deutliche Dämpfung am Thorax sowie kleinblasiges Rasseln ergeben hat. Nach 11 Stunden erfolgte unter zunehmender Dyspnoe der Tod des Kindes. Die Nekropsie ergab übereinstimmend mit der histologisch-bakteriologischen Untersuchung die Diagnose: Pneumonia lobularis, hervorgerufen durch den Fränkel-Weichselbaumschen Diplococcus.

Das Mißverhältnis zwischen den deutlichen makroskopischen und histologischen Veränderungen mit der kurzen Lebensdauer läßt eine

extrauterine Infektion vollkommen ausschließen, zumal Entzündungserscheinungen sofort post partum zu konstatieren waren.

Wenn auch das histologische Bild uns über die Dauer des Entzündungsprozesses schwer exquisiten Aufschluß gibt, gegebenenfalls muß eine wenigstens 2tägige Dauer des Krankheitsprozesses angenommen werden, was der Annahme, daß die Infektion von der Mutter erfolgte, ganz entspricht.

Daß dieser Infektionsweg nur durch das Blut der Mutter führte, ist erklärlich, es müßte also außer der Lungenentzündung bei der Mutter noch eine Pneumokokkaemie vorhanden gewesen sein.

Nimmt man aber an, daß eine gesunde Placenta Diplokokken nicht passieren läßt, so muß angenommen werden, daß entweder kreisende Toxine Veränderungen im retrograden Sinne im Epithel hervorgerufen haben, oder daß unter dem Einflusse eben dieser Schädlichkeiten Hämorrhagien sich gebildet haben, wodurch ein Hinüberwandern der Kokken leichter erklärlich wäre. Gabel (Lemberg).

H. Heiman, Value of Leucocyte Counts in Pneumonia of Children. (Archives of Pediatrics. Bd. 22. Nr. 10.) In 19 Fällen von katarrhalischer Lungenentzündung schwankte der Leukozytengehalt zwischen 73000 und 12600. Bei den 12 Kindern, die von der Krankheit genasen, bestand hohe Leukozytose in den ersten paar Tagen und niedrige gegen die Krise. In den sieben fatalen Fällen verhielt sich der Leukozytengehalt anfangs hoch, blieb so in vier Fällen bis zu Ende, sank jedoch erheblich in den anderen drei. Verf. glaubt, daß der Leukozytengehalt unabhängig ist vom Umfange der Lungenentzündung und von der Höhe der Temperatur. Dasselbe gilt auch für kruppöse Pneumonie. In 24 Fällen von letzterer Krankheit variierte der Leukozytengehalt zwischen 55000 und 20200. In den zwei Fällen die in Exitus endeten, beobachtete H. ein starkes Sinken der Leukozytose.. H. B. Sheffield.

E. Terrien (Paris), Deux nouveaux cas de mort subite ou rapide dans la pneumonie de l'enfant. (Revue mens. des malad. de l'enfance. Avril 1905.) Die Prognose der Kinderpneumonie ist im allgemeinen eine gute, solange keine besonderen Komplikationen hinzukommen, wie Pleuritis, Arthritis, Perikarditis, Otitis u. a. Namentlich in den Fällen von plötzlichem Tode im Verlaufe einer Pneumonie, findet man öfters unbemerkt gebliebene extrapulmonäre Lokalisationen, namentlich Perikarditis, derartige Fälle sind von Parker, Henoch, Netter u. a. beschrieben worden.

Die vom Verf. beobachteten zwei Pneumoniefälle mit plötzlichem, tödlichem Ausgange sind in Kürze folgende:

I. 18 Monate altes Mädchen, seit 8 Tagen fieberhaft erkrankt, mit Pneumonie der linken Lungenbasis. Temperatur 40°. Dann lytischer Temperaturabfall innerhalb 4 Tagen, guter Allgemeinzustand, doch blieben gedämpfter Perkussionsschall und Bronchialatmen über dem linken unteren Lungenflügel fast unverändert. Dann erneuter Temperaturanstieg bis auf 38,5° mit erneutem Abfalle auf 37,5° am folgenden Tage. Plötzlich im besten Wohlsein trat Zyanose auf, das

Atmen wurde schwer und nach vorübergehender, einige Stunden dauernder Besserung, starb das Kind. Bei der Nekropsie fand man außer Hepatisation des linken unteren Lungenlappens pleuritische Pseudomembranen über demselben und beginnende eitrige Perikarditis. Bakteriologisch wurden Pneumokokken nachgewiesen.

II. 10jähriges Mädchen, Pneumonie des rechten oberen Lungenflügels. Untersuchung des Herzens negativ, trotz bestehender leichter Zyanose. Am dritten Krankheitstage Exitus. Die Sektion ergab nichts, außer der erwähnten Lungenaffektion und keinerlei extrapulmonäre Komplikation. Der plötzliche Tod war also nur infolge der pneumonischen Erkrankung eingetreten, und man kann also die Pneumonie in dieser Beziehung mit anderen Infektionskrankheiten, welche ebenfalls zu plötzlichen Todesfällen führen können, wie Diphtheritis und Typhus, vergleichen. In allen derartigen Fällen ist das Auftreten von Zyanose von schlechter prognostischer Bedeutung.

E. Toff (Braila).

Sadger, Die Wasserbehandlung der kruppösen Pneumonie. (Zeitschr. f. diät. u. physik. Therapie. Bd. 9. Heft 5.) Bei kräftigen Erwachsenen und mittelschweren Erkrankungen folgt der Verf. den Regeln, die man bei der Behandlung des Typhus befolgt. Er gibt bei Temperaturen von 40° ein Bad von Brunnenwassertemperatur, dessen Dauer zwischen 7 und 25 Minuten schwankt. Greise, Schwache und Fettleibige werden schonender behandelt. Bei Kindern ist das regelmäßige Baden, wenn die Körperwärme nicht viel über 40° hinausgeht, eher zu entbehren. Ihr Herz ist viel leistungsfähiger; sie erliegen erfahrungsgemäß unkomplizierten Pneumonien nur selten. Man kommt bei Kindern zumeist mit kalten Einpackungen sehr gut aus.

Freyhan (Berlin).

Lindenstein, Über die Serumbehandlung der fibrinösen Pneumonie. (Aus dem Lazarus-Kranken- und Diakonissenhause Berlin.) (Münch. med. Wochenschrift. 1905. Nr. 39.) L. hat vier Fälle von fibrinöser Pneumonie mit dem Römerschen Pneumokokkenserum (Merck) behandelt, und zwar wurde dieses stets sofort angewandt, sobald die Patienten in Behandlung kamen, was bei allen vier Patienten am zweiten Tage der Erkrankung der Fall war. 3mal handelte es sich um Pneumonie des linken Unterlappens: bei einem 5jährigen Kinde, einem 14jährigen Knaben und einem 17jährigen jungen Mann. Dem Kinde wurden 6 ccm des Serums injiziert, den anderen je 10 ccm. Die Temperatur fiel in zwei Fällen nach der Injektion um 2°, im dritten um 1°, um allerdings später wieder die frühere Höhe von 40° zu erreichen. Propagation der pneumonischen Infiltration fand in keinem Falle statt, so daß keine weiteren Seruminjektionen gemacht wurden. Die Krise trat stets am siebenten Tage ein und hatte normale Rekonvaleszenz im Gefolge. Die auffallendste Wirkung des Serums war in allen Fällen die Besserung des Allgemeinbefindens.

Im vierten Falle (30jähriger Mann) handelte es sich um einen sehr schweren Fall, der trotz der Injektion allmählich alle vier Lungenlappen befiel, weshalb eine zweite Injektion nötig wurde.

Also ein Einfluß auf die Propagation des Prozesses war hier nicht zu konstatieren, aber auch hier zeigte sich die eklatante Wirkung auf das Allgemeinbefinden. Grätzer.

F. Daxenberger (Regensburg), Ein Fall von Pneumokokken-Peritonitis mit Heilung. (Münch. med. Wochenschrift. 1906. Nr. 5.) Es handelte sich um ein 5jähriges Mädchen, welches neben einer Pneumonie eine eitrige Peritonitis hatte. In dem Eiter wurde eine Kolonie des Diplococcus pneumoniae Fränkel gefunden. Die Operation führte zur vollständigen Heilung. Grätzer.

A. Süsskand (Sorau), Über einen merkwürdigen Verlauf einer akuten Peritonitis. (Medizin. Klinik. 1905. Nr. 30.) Ein bis dahin vollständig gesundes 7jähriges Kind erkrankt in einer gesunden Umgebung, außerhalb einer Scharlachepidemie, plötzlich, nachdem es Tags vorher einen Faustschlag aufs Abdomen erhalten, an typischer Peritonitis, in deren Verlauf es innerhalb 5 Wochen nacheinander eine akute Polyarthritis, eine Endocarditis und schließlich eine Nephritis mit diskontinuierlichen Ödemen durchmacht, und zwar ohne selbst auch nur eine Spur eines Exanthems oder einer Parotitis darzubieten.

Offenbar war hier die Primärerkrankung die Peritonitis, die übrigen Affektionen wirkliche Komplikationen jener, veranlaßt von derselben pathogenen Ursache. Was nun letztere anbetrifft, so glaubt S. aus der Kombination der genannten Komplikationen das Scharlachgift als Krankheitserreger annehmen zu müssen, welches sich hier deshalb zuerst am Peritoneum ansiedelte, weil es hier vom Darm und durch das Trauma Einlaß und günstigen Boden fand. Grätzer.

Walter Groß, Ein Fall von Agenesie der linken Lunge. (Beitr. z. allg. Path. u. path. Anat. v. Ziegler. Bd. 37. Heft 3.) Ein mit vielen Mißbildungen behafteter ca. 6 Monate alter Knabe kam wegen einer fieberhaften Erkrankung zur Aufnahme. Außer einer Enteritis und bronchitischen Erscheinungen besonders anscheinend der rechten Lunge fanden sich Verhältnisse, die an eine Mißbildung der Brustorgane denken ließen. Bei der Sektion fand sich, daß die linke Lunge vollkommen fehlte. Der normal weite linke Bronchus verlor bald nach der Bifurkation seinen Knorpel und endete blind konisch abgestumpft. Die linke Pleurahöhle war gut ausgebildet und enthielt außer dem Herzen noch einen Teil der vergrößerten, emphysematösen rechten Lunge. Das Herz ließ Mißbildungen nicht erkennen, dagegen wand sich der Aortenbogen nach rechts, kreuzte den rechten Bronchus und verlief dann rechts neben dem Ösophagus nach abwärts. Die A. pulmon. verlief nach rechts und teilte sich am Hilus der rechten Lunge in zwei Äste. Der Ductus Botalli entspringt an normaler Stelle, mündet aber in der A. subclavia sin. Der Verlagerung des Aortenbogens entsprechende Veränderungen im Ursprunge wiesen die großen Gefäße auf. Bezüglich der Besprechung über die Entstehung der Mißbildung muß auf das Original verwiesen werden, das auch umfangreiche Literaturangaben enthält.

Bennecke (Marburg).

M. Dabrowski, Ein Fall von angeborenem Irismangel (Irideremia s. aniridia congenita). (Medycyna. 1905. Nr. 44.) Ein 13jähriger Knabe wird von der Mutter zum Verf. gebracht mit der Klage, der Bube sehe schlecht. Gleich fällt das eigentümliche Aussehen der Augen auf, die ganze Vorderkammer wird von der unregelmäßig begrenzten Pupille eingenommen, von Iris keine Spur, bloß die Ränder der Pupille sind von einem ganz dünnen, schmalen, blaßgelben Streifen eingesäumt, welcher bei Augenbewegungen schlottert. Patient klagt über schlechtes Sehen und Blendung. Ophthalmoskopisch ist eine leichte radiäre Trübung der Linse zu konstatieren, Chorioidea — Retina — ohne Veränderung. V. oculi utriusque = $^{20}/_{70}$. Konkav- oder Konvexgläser bessern den Visus nicht, stenopeische Lücken verbessern V. oc. dextr. = $^{40}/_{70}$; V. oc. sin. = $^{30}/_{70}$. Diese wurden auch dem Knaben anempfohlen, sowie eine Änderung seines bisherigen Berufes als Setzer. Gabel (Lemberg).

Albert Mouchet (Paris), Absence congénitale du péroné. (Revue mens. des malad. de l'enf. Janvier 1906. S. 1.) Das vollständige Fehlen der Fibula ist, wenn auch nicht sehr selten, so doch genügend interessant, um eine eingehende Beschreibung der Symptome und gemachten Behandlung nach selbstbeobachteten Fällen zu rechtfertigen. Das am meisten hervortretende Symptom ist bei dieser angeborenen Mißbildung ein Zurückbleiben im Wachstum des betroffenen Fußes. Der Unterschied in der Länge der beiden Beine wird um so größer, je älter das Kind wird. Bei dem einen von M. beobachteten Falle betrug derselbe 4 cm im Alter von 10 Monaten und war nach 5 Jahren auf 10 cm gestiegen. Weitere Begleiterscheinung dieser Difformität ist die Verbiegung der Tibia im unteren Drittel mit nach vorne gerichteter Konvexität, ferner ein Pes valgus mehr oder weniger equinus und verschiedene Mißbildungen des Tarsus und der Zehen, auch die Kniescheibe kann fehlen oder unvollkommen entwickelt sein. Ein schätzenswertes Hilfsmittel in diagnostischer Beziehung ist die Radiographie.

Was die Behandlung anbetrifft, so wäre in erster Linie die Tenotomie der Achillessehne vorzunehmen, deren Indikation bereits in das Säuglingsalter fällt. Weitere operative Eingriffe, wie die kuneiforme Osteotomie der Tibia und die Behandlung des Pes valgus, wären erst nach dem Entwöhnen oder nach zurückgelegtem zweiten Lebensjahre vorzunehmen. E. Toff (Braila).

Pietro Guizetti, Ein Fall von Fehlen des Vas deferens und Samenbläschens der rechten Seite mit gut entwickeltem Hoden und vollkommener Samenbildung bei einem 25jähr. Mann. (Aus dem Institut für pathol. Anatomie der Universität zu Cagliari.) (Zentralblatt für allgem. Pathologie u. pathol. Anatomie. Bd. 16. Heft 10.) Die Überschrift gibt den wesentlichen Inhalt der Arbeit, die sich unter Beifügung zweier Photographien mit dem makroskopischen und mikroskopischen Befunde beschäftigt. Außer einigen, auf die Stauung des Samens zu beziehenden Veränderungen an den Epithelien der Tubuli contorti und recti fand sich nur eine beiderseits geringe Samenentwicklung. Die Spermatozoen der rechten

Seite gehen entweder durch Antolyse oder durch Phagozytose zugrunde.
Bennecke (Marburg).

De Beule (Löwen), Über Orchidopexie bei inguinalem Kryptorchismus. (Zentralblatt f. Chirurgie. 1905. Nr. 18.) Vor ungefähr 9 Monaten operierte B. einen 7jährigen Knaben mit rechtsseitigem inguinalen Kryptorchismus; nachdem er die zu gleicher Zeit bestehende Hernie auf typische Art beseitigt und durch leichtes, andauerndes Ziehen den Hoden ziemlich weit heruntergebracht hatte, schnitt er das Skrotum an seiner tiefsten Stelle in einer Länge von 2 cm ein und beförderte durch diesen Schlitz den Hoden nach außen. An der inneren Seite des rechten Oberschenkels, etwa 5 cm unterhalb des Sulcus genito-cruralis, machte er dann einen 2—3 cm langen senkrechten Hautschnitt und präparierte dessen Ränder bis auf die Aponeurose ab, befestigte mit zwei Seidennähten den Hoden in der Mitte der Wundfläche an die Oberschenkelmuskeln und vernähte die Ränder des Hodensackschlitzes mit denen des Oberschenkels. Damit bestand zwischen dem Oberschenkel und dem Skrotum eine geschlossene, rohrförmige Hautbrücke, die den fixierten Hoden ringsum umfaßte, und durch welche man den straff gespannten Samenstrang leicht durchfühlen konnte. Ein dreifacher Gazestreifen wurde auf der zirkulären Hautnaht mittels Kollodium befestigt. Der kleine Patient beobachtete 10 Tage Bettruhe; dann wurden der Verband und die Hautnähte enfernt. Da die Verbindung zwischen Skrotum und Oberschenkel schon eine recht feste war, bekam Patient die Erlaubnis, frei herumzulaufen, wobei der Hoden bei jeder Oberschenkelbewegung herabgezogen und so der Samenstrang allmählich gedehnt wurde, ohne daß die geringsten Schmerzen oder Beschwerden eintraten. Nach 6 Wochen erschien die Dehnung des Samenstranges genügend erreicht; denn nur bei stärkerer Beugung und Abduktion des Oberschenkels spannte er sich noch ganz leicht an. Jetzt wurde, in leichter Narkose, die Verbindung zwischen Skrotum und Oberschenkel am kruralen Ende durchschnitten, der fixierte Hoden losgelöst, ins Skrotum gelagert und die beiden Wunden am Oberschenkel und am Skrotum mittels einiger Hautnähte verschlossen, so daß sie in wenigen Tagen per primam heilten. Die Vorstellung des Patienten, 5 Monate nach der Operation, zeigte einen vorzüglichen Erfolg: der Hoden lag tief unten im Skrotum und dieses war gut entwickelt; von einer Narbe am Oberschenkel und am Skrotum war kaum eine Spur zu sehen.
Grätzer.

Fr. Steinmann (Bern), Zur operativen Behandlung des Leistenhodens. (Korrespondenzblatt für Schweizer Ärzte. 1905. Nr. 16.) Im Anschluß an die Schilderung eines operierten Falles (13jähriger Knabe) empfiehlt St. die Verlagerung des nicht zu mobilisierenden Leistenhodens in die Bauchhöhle als ein Verfahren, das verschiedene Vorzüge besitze. Das größte Hindernis für die Reposition des Leistenhodens in die Bauchhöhle bestand bisher in dem psychischen Einfluß, welchen die Unsichtbarkeit der Testikel auf ihren Träger ausübte. Diesem Hindernis half S. durch Einsetzung einer Prothese, eines Paraffinhodens, ab. Er schließt:

1. Bei der blutigen Behandlung des Leistenhodens tritt die **Rücklagerung desselben in die Bauchhöhle** in Konkurrenz mit der Orchidopexie und der Kastration.

2. Die Reposition des Hodens in das Abdomen soll stets mit der sofortigen Einsetzung eines Paraffinhodens ins Skrotum verbunden sein.

3. In dieser Form soll das Verfahren die Kastration bei nicht bösartig degeneriertem Leistenhoden ersetzen.

4. Ebenso tritt es bei nicht genügend zu mobilisierendem Leistenhoden an Stelle der Orchidopexie.

5. Bei Komplikation des Leistenhodens mit Hernie garantiert es am sichersten die dauernde Heilung der letzteren. Grätzer.

Arth. Schäfer, Die Behandlung des Kryptorchismus. (Aus der O. Witzelschen Klinik in Bonn.) (Münch. med. Wochenschrift. 1905. Nr. 26.) S. beschreibt die von Witzel seit Jahren geübte Methode und sagt darüber:

„Die von Witzel ausgearbeitete Methode genügt den von der Orchidopexie zu erfüllenden Forderungen:

1. Vermeiden von Operieren am Damm,
2. möglichste Einschränkung des Operationsgebietes am Skrotum,
3. gute Fixation des Hodens

in folgender Weise:

Tagelang vor der Operation wird der an den Genitalien sorgfältigst rasierte Patient mit Vollbädern und Schmierseifensitzbädern vorbereitet; am Tage vor der Operation wird das Operationsgebiet mit Äther und Alkohol energisch bearbeitet und mit einem aseptischen trockenen Verband versehen. Erst in der Narkose wird dieser Verband entfernt und das Operationsgebiet nochmals mit Äther, Alkohol und dann mit verdünnter Jodtinktur abgerieben. Nur bei sorgfältiger Beobachtung dieser antiseptischen Kautelen kann eine Asepsis der Operation mit einiger Sicherheit erwartet werden.

Bei einseitigem Kryptorchismus wird ein Schnitt angelegt, der über dem Leistenkanal beginnend das Skrotum nur soweit spaltet, als nötig ist. um ohne Schwierigkeiten das Septum scroti operativen Eingriffen zugänglich zu machen. Die Hautränder werden sorgfältig mit feuchten Kompressen bedeckt, um eine Berührung derselben mit den Händen des Operateurs und einer etwa dadurch bedingten Keimverschleppung vorzubeugen. Hoden und Samenstrang mit Bruchsack werden, eventuell nach Spaltung des Leistenkanals, freigelegt. Nach Isolierung des Bruchsackes wird dieser möglichst hoch oben abgebunden und abgetragen, die Bruchpforte durch eine Anzahl Silberdrahtnähte verschlossen. Es folgt die Dehnung des Samenstranges. Wegen seiner starken Retraktionsfähigkeit muß er ziemlich stark überdehnt werden, eine Manipulation, die sich das Vas deferens wegen seines großen Gehalts an glatten Muskelfasern und elastischen Fasern unbeschadet seiner Funktionsfähigkeit gefallen läßt. Nunmehr wird durch eine Inzision im Septum scroti der anderseitige Hoden in die leere Skrotalhälfte hinüberluxiert und hier mit dem herunter-

geholten Hoden durch einige feinste Seidennähte vernäht. Die beiden vernähten Hoden werden sodann in die Skrotalhäfte der gesunden Seite verlagert und die Inzisionswunde im Septum durch einige Knopfnähte soweit verengert, daß eine Schnürung des Funiculus nicht stattfindet. Das vereinigte Gewicht beider Hoden, die starke Dehnung des Samenstranges, die als Knopfloch wirkende Öffnung im Septum scroti vereinigen sich nun in ihrer dem Zurückschlüpfen des Hodens entgegen arbeitenden Wirkung.

Bei beiderseitigem Kryptorchismus gestaltet sich die Orchidopexie nach Witzel so, daß beiderseits Hoden und Vas deferens freipräpariert, der Bruch in der beschriebenen Weise radikal operiert, das Vas deferens stark gedehnt wird. Es werden nun beide Hoden nach vorheriger Schlitzung des Septum scroti durch Seidenknopfnähte in der angegebenen Weise aneinander fixiert und so gelagert, daß der rechte Hoden in der linken, der linke Hoden in der rechten Skrotalhälfte liegt. Zwischen beide schiebt sich das Septum scroti, dessen Inzisionsöffnung durch einige Knopfnähte verengert wird. Die Hautwunde wird durch Silberdrahtnähte verschlossen. Schmale Gazestreifen mit Heftpflasterstreifen befestigt, bilden den eigentlichen Wundverband, über dem man ein paar fest aufgedrückte Gazebäusche mit Heftpflaster befestigt.

Bei Ektopia testis würde die beschriebene Methode in ihrem ersten Teile entsprechend zu modifizieren sein.

Die bisher mit der Witzelschen Orchidopexie gemachten Erfahrungen sind in bezug auf Wundheilung und Resultat derartig gute, daß das Verfahren zur Nachahmung durchaus empfohlen werden kann."

Grätzer.

Budin, Des adhérences du prépuce au gland. (Ann. de Méd. et Chir. infant. 1905. Nr. 8. S. 262.) Verf. führt eine Reihe von Beobachtungen an, die beweisen sollen, daß eine Phimose durch Adhäsion des Präputiums an der Glans vorgetäuscht werden kann. Diese Adhäsionen lassen sich unblutig lösen, wodurch eine scheinbar unvermeidliche Zirkumzision überflüssig wird.

Schreiber (Magdeburg).

D. J. Fels, Die rituelle Beschneidung. (Przeglad lekarski. 1906. Nr. 1—4.) Nach einer längeren historischen Betrachtung und Besprechung sämtlicher in Betracht kommender Zufälle, gelangt Verf. zu folgenden Schlüssen:

1. Die Beschneidung stammt noch von alten Zeiten her, ähnlich wie das Durchlöchern der Ohren bei Mädchen. In älteren Zeiten hat dieser Eingriff eine nationale Bedeutung gehabt, jetzt können wir Kinder jüdischer Eltern als Juden, ohne dieselben beschnitten zu haben, anerkennen.

2. Die Vorteile der rituellen Zirkumzision sind unbedeutend, deren mögliche Schädigungen größer.

3. Den Eingriff selbst sollten entweder Ärzte oder aber geprüfte Beschneider ausführen, unter Einhaltung strengster aseptischer Kautelen, und dies erst im zweiten oder dritten Lebensmonate. Hämophilie bildet eine Kontraindikation.

4. Das Durchtrennen der inneren Lamelle mit den Fingernägeln, sowie das Aussaugen der Wunde mit den Lippen soll strengstens verboten, eventuell mit Strafen belegt werden. Gabel (Lemberg).

D. Róna, Über Doppelbildung der Harnröhre. (Deutsche med. Wochenschrift. 1905. Nr. 21.) R. hatte Gelegenheit, eine vollkommene Verdopplung der Harnröhre zu beobachten und zu heilen. Es ist dies der 16. derartige Fall in der Literatur. Die Nebenharnröhre begann mit einer offenen Furche; diese fand ihre Fortsetzung in einem Kanal, der an der Vorderwand der Blase oberhalb der normalen Mündung in die Blase mündete.

Der 6jährige Knabe litt seit Geburt beim Gehen und Sitzen an ständigem Harnträufeln. Die akzessorische Harnröhre entbehrte eben an ihrer Einmündungsstelle einer Schließmuskulatur. Das Harnträufeln hörte beim Liegen auf, weil der Urin nicht auf die Vorderwand, sondern auf den Boden und die Rückwand der Blase einen Druck ausübte.

R. exstirpierte die akzessorische Harnröhre in Chloroformnarkose und verschloß den Stumpf des Kanals mit einer Tabaksbeutelnaht, dann die Haut oberhalb vernähend. Wegen Temperatursteigerung Entfernung der meisten Nähte; die Wunde heilte per granulationem. Unterhalb des Schambogens blieb eine Haarfistel zurück, die sich wahrscheinlich später von selbst geschlossen hat. Grätzer.

Rudolf Paschkis, Über eine seltene Abnormität der Urethra bei einem menschlichen Embryo. (Monatsber. f. Urolog. Bd. 10. Heft 10.) Es handelt sich um drei Gänge, zwei lange und einen kurzen, die knapp hinter der hinteren Kommissur des Orific. extern. von der Urethra abgehen, annähernd parallel der Urethra und zueinander verlaufen (von vorn oben nach hinten unten) und blind noch in der Glans penis münden. Verf. spricht diese Bildungen als Divertikel oder als Vorstadien von abnorm gelagerten drüsigen Organen an. James O. Wentzel (Zittau i. S.).

H. Hinterstoisser (Teschen), Zur Therapie der angeborenen Blasenspalte. (Wiener klin. Wochenschrift. 1906. Nr. 1.) Bei einem 5jährigen Kinde wurde eine zum Teil schon von Borelius angegebene Abänderung der Maydlschen Operation mit gutem Erfolg ausgeführt.

Der kleine Patient war bereits im Jahre 1900 als halbjähriges Kind von H. erfolglos operiert worden (direkte Naht der Blasenränder, Deckung durch einen Brückenlappen).

Befund: Vollständige Ectopia vesicae; breite Beckenspalte (im Röntgenbilde stehen die Knochen 8—10 cm weit auseinander); beiderseits bestehen Leistenhernien und Kryptorchismus, das Skrotum ist kaum angedeutet; der Penis ist rudimentär, es besteht Epispadie. Die ektopische Blase wölbt sich unterhalb des nur angedeuteten Nabels in Form eines halbkugeligen, kleinapfelgroßen Tumors vor; in ihrem unteren, tief eingezogenen Halse sind die Uretermündungen sichtbar, aus denen tropfenweise Harn hervorquillt. Die Umgebung der Blasenränder zeigt mehrfache, vom ersten Operationsversuche herrührende Narben. Außerdem besteht noch ein mäßiger Prolapsus recti.

Die Operation wurde in Athernarkose auf folgende Weise ausgeführt: Zunächst werden die Blasenränder rings umschnitten, die

Penisrinne am Blasenhalse abgetrennt und die ganze Harnblase extraperitoneal von der Unterlage lösgelöst, ebenso werden die Ureteren auf ungefähr 4 cm Länge stumpf freigelegt und mobilisiert. Die Harnblase wird bis auf das die Uretermündungen tragende Trigonum Lieutaudii reseziert. Hierauf wird die Peritonealhöhle median eröffnet und die Flexura sigmoidea vorgezogen; sie ist lang, hat ein langes Mesokolon; ihre aneinander gelegten Schlingenschenkel werden durch fortlaufende Naht entlang des Gekrösansatzes aneinandergenäht. An der Basis der Schlingen wird im Bereiche der Taenia eine breite Enteroanastomose (zwei fortlaufende Nahtreihen) angelegt. Hierauf wird an der Kuppe der Sigmoideumschlinge ein entsprechend großer Einschnitt gemacht und in den Schlitz der Blasenrest mittels Etagennaht eingepflanzt (innere Catgutknopfnahte, welche Schleimhaut mit Schleimhaut, äußere Zelluloidzwirnnähte, welche die Muskularis des Blasenrestes mit der Darmserosa verbinden); hierauf wird das Colon sigmoideum versenkt und die Bauchwunde bis auf eine untere, zur Drainage bestimmte Lücke geschlossen. Immobilisierung des kleinen Patienten durch eine doppelseitige, bis über die Knie reichende Gipshose, welche durch 10 Tage liegen bleibt. Heilungsverlauf in den ersten Tagen durch Ätherbronchitis gestört, Wundverlauf reaktionslos. Abgang von Harn per rectum mit dem Stuhle, anfangs 1—2 stündlich, später in 3—4 stündlicher Kontinenz.

Durch die Implantation des Blasenrestes in die Kuppe der gerafften Sigmaschlinge wurde ein Receptaculum urinae geschaffen; die an der Basis der Schlinge angelegte Entero-anastomose soll das direkte Vorbeistreichen des Darminhaltes an den Ureterenmündungen verhindern.

Grätzer.

R. Kutner (Berlin), Zur Bilharziose der Blase. (Zentralblatt f. d. Krankheiten d. Harn- u. Sexualorgane. Bd. 16. Heft 12.) Vom sechsten Jahre an entleerte Patient bereits zeitweise Blut mit dem Urin. Unter wechselnder Behandlung ohne dauernden Erfolg blieb dieser Status bestehen. Der Urin ist auch makroskopisch bluthaltig, trübe und mit gerinnselartigen Flocken versetzt. Die mikroskopische Untersuchung zeigt zahlreiche Eier des Bilharzia-Parasiten (Bilharz nannte ihn Distomahaematobium. Ref.) und massenhaft rote Blutkörperchen neben vereinzelten Eiterkörperchen. Der filtrierte Harn war eiweißfrei. Parasiten wurden nie gefunden. Die Blutuntersuchung ergab: keine Parasiten, nur starke Eosinophilie bei sonst normalem Blute (11 % statt 3 %). Die zystokopische Untersuchung zeigt glänzende glatte Geschwülste und solche im Zerfall, ringsherum blumenkohlartige größere und kleinere Exkreszenzen. Eine beigegebene farbige Tafel illustriert den Befund in anschaulicher Weise.

Als Folgekrankheiten sind zu fürchten Karzinom und Blasensteine. Das in Afrika als Spezfikum geltende Mittel, der Kopaivabalsam war ohne Erfolg. Ebenso nutzlos war Urotropin, Terpentinöl, Extr. filic. mar. und Kollargol per rectum. Styptizintabletten (3 mal täglich 2 Tabl. à 0,01) schränkten die Blutungen etwas ein. Selbst die Sectio alta mit Ausschabung der Geschwülste und Kauterisation der Grundflächen schützte nicht vor Rezidiven. Als Prophylaktikum

(auch für Touristen und Kolonialbeamte und Soldaten in Afrika, besonders Ägypten usw.) empfiehlt K. 1. nur filtriertes Wasser zu trinken und sich 2. nur in abgekochtem Wasser zu waschen, baden usw., da der Parasit wahrscheinlich beim Baden in die Haut eindringt.

James O. Wentzel (Zittau i. S.).

Moritz Porosz (Budapest), Urotropin, Hetralin, Uritone, Gonosan und Arhovin bei Cystitis. (Zentralblatt f. d. Krankh. d. Harn- u. Sexualorgane. Bd. 16. Heft 9.) Im Gegensatz zu vielen anderen veröffentlicht P. eine Anzahl Mißerfolge mit den verschiedensten Mitteln.

Zur Behandlung kamen nur Zystitiden, die nicht im Zusammenhange mit Blennorrhoe standen. (Zystitiden mit Urethritis heilt [oder behandelt vielmehr? Ref.] Verf. mit $^1/_2$—2 $^0/_0$ Acid. nitr.-Lösung-Guyoninstillationen in die Urethra, Zystitiden mit Prostatitis durch Behandlung der Prostata mit dem faradischen Strome.) Es versagten abwechselnd fast alle der genannten Mittel. Am besten bewährte sich ihm das Arhovin (= Diphenylamin + sterilis. Thymolbenzoesäure). Nach 5 Tagen war zum Teil der Urin ganz klar, um es dauernd zu bleiben.

Ref. kann aus eigner Erfahrung sagen, daß ihm Arhovin sich gerade umgekehrt bei Blennorrhoe vorteilhaft erwies und er es (allerdings lokal) häufig bei weiblichen Kranken anwendet, auf innerlichen Gebrauch des starken Geruches und stechenden Geschmackes wegen trotz der Kapseln verzichtet, da es teilweise auch Magenbeschwerden, selbst nach dem Essen gegeben, verursachte.

James O. Wentzel (Zittau i. S.).

Maximilian Hirsch (Wien), Über epidurale Injektion. (Zentralblatt f. d. Krankh. d. Harn- u. Sexualorgane. Bd. 16. Heft 12.) Im Gegensatze zu Tillmanns usw. glaubt H. diese Behandlung sehr empfehlen zu können. In den Hiatus sacralis werden in linker Seitenlage bei angezogenen Beinen von der Lösung (Natr. chlor. 0,2 Cocain hydrochlor. 0,01 Aq. dest. sterilis. 100,0) bei Erwachsenen 10—20 ccm, allmählich steigend, bei Kindern weniger, injiziert. Es werden mindestens drei Injektionen gemacht, es zeigte sich aber in hartnäckigen Fällen auch noch nach 9—10 Injektionen Erfolg. H. kommt im wesentlichen zu den Folgerungen: die epidurale Injektion sei so harmlos wie eine subkutane Injektion und leicht auszuführen. Sie habe eine Hyperämie der Blase zur Folge, auf der wohl auch der Erfolg beruhe (nicht auf Suggestion nach H.!). Die wichtigste Indikation ist essentielle Enuresis (80 Dauerheilungen) und die „reizbare Blase“ (66 Heilungen). Vorbedingung ist, daß das Leiden nicht zu lange besteht und noch nicht zuviel andersartig behandelt ist. Außerdem kann die Methode bei schmerzhaften Affektionen der unteren Körperhäfte (Ischias, Lumbalneuralgien, viskerale Krisen bei Tabes und Saturnismus), sowie als medikamentöser Absorptionsweg erfolgreich angewendet werden.

Das Instrumentarium besteht aus einer Metallspritze (10 g) und und 2 Hohlnadeln je 6 cm lang mit Mandrin $1^1/_4$ mm und bzw.

$^3/_4$ mm Durchmesser (für Erwachsene und bzw. Kinder), erhältlich bei der Firma Reiner in Wien. James O. Wentzel (Zittau i. S.).

S. Jacoby (Berlin), Die Stereokystophotographie. (Zentralblatt f. Krankh. d. Harn- u. Sexualorgane. Bd. 15. Heft 12.) Verf. macht die Stereoskopaufnahmen mit dem Nitzeschen Photographierkystoskop, dessen kreisrunde Kamera er durch eine viereckige ersetzt, und zwar mit Hilfe eines von ihm erfundenen Schlittens. Die Verschiebung des Kystoskopes erfolgt in der Längsachse. Das Prisma bleibt in beiden Einstellungen in derselben Ebene und vom Objekt gleichweit entfernt. Bei der ersten Aufnahme wird das Kystoskop nach vorn, bei der zweiten Aufnahme von der Grundstellung aus um die gleiche Millimeterzahl nach hinten verschoben. Die beigefügten vier derartig aufgenommenen stereoskopischen Bilder sind tadellos ausgeführt und geben vorzüglich den kystoskopischen Befund wieder. James O. Wentzel (Zittau i. S.).

S. Jacoby (Berlin), Die Stereokystoskopie. (Zentralbl. f. Krankh. d. Harn- u. Sexualorgane. Bd. 15. Heft 12.) J. veröffentlicht das von ihm konstruierte und in Kursen gebrauchte Stereokystoskop von 21,5 Charrière Dicke (bei Kindern daher meist nur für weibliche Urethra anwendbar). Es ist ein Kystoskop mit zwei Okularen, deren Entfernung voneinander 5—8 cm eingestellt werden kann und zwar durch Beweglichkeit des eines Okulares. Es soll den Vorteil des plastischen Bildes bieten.

Ref. kann im Stereokystoskop einen besonderen Vorteil nur für Kurse anerkennen, um die Bilder leichter deuten zu lernen. In der Praxis kommt man mit dem Nitze-Kystoskop sehr gut aus und lernt auch, gerade wie beim Urethroskop das flächenhafte Bild selbst bei geringerer Übung bald richtig deuten.

Nach Art dieses Stereokystoskopes hat J. nun auch ein anderes Photographierstereokystoskop konstruiert, durch das die Aufnahme beider stereoskopischen Bilder gleichzeitig erfolgen kann. Dieses Instrument erscheint Ref. ein entschiedener Vorzug gegenüber J.s Schlittenapparat zu sein, da die Aufnahmen dadurch wesentlich vereinfacht werden und keiner zweiten Abmessung bedürfen.

James O. Wentzel (Zittau i. S.).

Ludwig F. Meyer, Zur Kenntnis der Acetonurie bei den Infektionskrankheiten der Kinder. (Jahrbuch f. Kinderheilkunde. Bd. 61. Heft 3.) In 37 Fällen von Diphtherie, 26 von Scharlach und 15 von Masern wurde der Urin qualitativ mittels der Legalschen Probe auf Aceton untersucht.

Aceton, Acetessigsäure und Oxybuttersäure, kommen bei Infektionskrankheiten der Kinder häufig vor. Die Acetonkörper verdanken einer Kohlehydratinanition ihre Entstehung; sie verschwinden bald nach Einführung von größeren Mengen von Kohlehydraten per os. Fettzufuhr scheint die Acetonurie zu erhöhen.

Die Oxybuttersäureausscheidung ist ein Zeichen intensiverer Oxydationsstörung als die Acetessigsäure- und Acetonausscheidung.

Die Beobachtungen betreffs der Acetonurie bei den Infektionskrankheiten stehen im völligen Einklang mit den allgemeinen Lehren über die Ausscheidung der Acetonkörper; die Acetonurie bei den Infektionskrankheiten ist als nicht spezifisch aufzufassen. Differentialdiagnostisch ist die Acetonausscheidung nicht zu verwerten. Hecker.

P. Nobécourt, G. Leven et **Prosper Merklen** (Paris), Le poids et les urines dans la rougeole. (Revue mens. des malad. de l'enfance. Décembre 1905.) Die Verff. haben Untersuchungen an Masernkranken über die Veränderungen des Gewichtes, die Menge des ausgeschiedenen Harnes, der Chlorverbindungen und des Harnstoffes angestellt. Es wurden im ganzen 13 Kinder im Alter von 3—12 Jahren untersucht und denselben meistens $1^1/_2$ l Milch und $^1/_2$ l Wasser per Tag verabreicht. Die Messungen wurden am ersten Eruptionstage begonnen und wurde folgendes gefunden. In den meisten Fällen wurde bei Kindern im Gewichte von 10—15 kg ein Abfall von 150—950 g beobachtet, beginnend am 2. oder 3. Tage nach dem Auftreten des Exanthems. Das Minimum fiel auf den 5.—8. Tag, worauf wieder ein Anstieg zu beobachten war, doch erreichte das Gewicht nicht seine ursprüngliche Höhe. Diese Verhältnisse sind im großen und ganzen von der Menge der getrunkenen Milch unabhängig.

Was die Harnausscheidung anbetrifft, so zeigen die Tabellen eine ausgesprochene Oligurie während der ersten 4 Tage; dieselbe ist um so bedeutender, je höher die Temperatur ist, ein Umstand, den man übrigens bei fast allen infektiösen Krankheiten vorfindet. In dem Zeitabschnitte vom 5.—6. Tage nimmt die Harnmenge zu, und zwar um so mehr, je ausgesprochener die vorangegangene Oligurie gewesen ist. Je leichter die Fälle verlaufen, desto geringer ist der Unterschied in der Harnausscheidung in diesen beiden Zeitabschnitten.

Die Menge der ausgeschiedenen Chlorverbindungen geht parallel mit derjenigen der eingeführten Milchmenge, so daß ein Zusammenhang zwischen derselben und der Diurese nicht zu finden ist.

Die Harnstoffausscheidung wird durch die Krankheit in erheblichem Maße beeinflußt; dieselbe zeigt eine Vermehrung etwa bis zum 12. Tage durchschnittlich, worauf wieder eine stetige Abnahme zu verzeichnen ist.

Man ersieht also aus diesen Untersuchungen, daß eine so leicht verlaufende Krankheit, wie die Masern, doch erhebliche Veränderungen im Gewichte, der Harn- und Harnstoffausscheidung hervorruft.

E. Toff (Braila).

E. A. Keuchenius, Twee merkwaardige gevallen van genezen Septichaemie na Morbilli. (Zwei merkwürdige Fälle von geheilter Septikämie nach Morbilli.) (Ned. Tydsschr. v. Geneeskunde. 1905. Bd. 1. S. 460.) Ein Kind von 11 Jahren erkrankte an Morbilli, die nach einigen Tagen das Bild von Morbilli septici zeigten. Es wurde nun 1 ccm einer $1\,^0/_0$ Kollargollösung injiziert mit dem Erfolge, daß das septikämische Fieber den nächsten

Tag nicht wiederkam und rasche Heilung folgte. Bei einem zweiten Kinde (in derselben Familie) von 3 Jahren, mit denselben Krankheitserscheinungen trat auch Heilung ein, ohne daß vorher Kollargol eingespritzt war.

K. warnt also vor übereilten Schlußfolgerungen aus den Erfahrungen mit Kollargol. Graanboom (Amsterdam).

G. E. Bentzen (Norweger), Unempfänglichkeit für Masern im Säuglingsalter. (Norsk Magazin for Lägevidenskaben. 1905. Nr. 7.) Während einer Masernepidemie in Christiania 1902 wurden Fragebogen ausgesandt um zu erfahren, wie viele der für Ansteckung ausgesetzten Säuglinge erkrankten.

Nicht angesteckt wurden:

22 Säuglinge in den vier ersten Lebensmonaten (11 Brust-, 2 Flaschenkinder, 5 durch allaitement mixte ernährte, 4 ohne Angabe der Ernährungsweise), 12 im Alter von 5—11 Monaten (7 Brustkinder, 3 künstlich genährte, 2 ohne Angabe der Ernährung).

Angesteckt wurden:

4 im Alter bis zu 4 Monaten (2 Brustkinder, 1 künstlich genährte, 1 ohne Angabe der Ernährung), 38 im Alter von 5—11 Monaten (9 von diesen bekamen die Brust, 13 die Flasche, 16 allaitement mixte).

Die Unempfänglichkeit kann also eine ausschließlich angeborene Eigenschaft sein, die im Verlauf einiger Monate gewöhnlich schwindet, möglicherweise weil sie größtenteils, vielleicht ausschließlich, von passiver und nicht aktiver Natur ist. Die natürliche Ernährung kann vielleicht diese Eigenschaft unterstützen, obgleich die Unterstützung nicht immer notwendig ist. Adolph H. Meyer (Kopenhagen).

Heissler, Eine Masernepidemie. (Münch. med. Wochenschrift. 1905. Nr. 28.) Eine sehr ausgedehnte Epidemie — 2881 Fälle — wird hier statistisch verwertet und manches interessante Moment zur Sprache gebracht.

H. betont auch, wie unnütz die Schließung der Schulen bei einer Masernepidemie auf dem Lande ist. Grätzer.

Pedro Altés, Beitrag zum Studium der Masernbehandlung mit rotem Licht. (La Medicina de los niños. Okt. 1905 und Jan. 1906.) A. hatte Gelegenheit, bei zwei großen Masernepidemien mit insgesamt 445 Krankheits- und 21 Todesfällen, des öfteren die Behandlung mit rotem Licht anzuwenden. Er teilt 14 Fälle ausführlicher mit, die alle sehr rasch und günstig verliefen; nur in einem Falle trat am vierten Tage eine sehr schwere Laryngitis hinzu. Er faßt seine Erfahrungen wie folgt zusammen: Mit rotem Licht verkürzt sich der Ablauf der Masern, so daß viele Fälle zu Abortivfällen, und schwere Komplikationen hintangehalten werden. Es verschwindet das Fieber rascher, ebenso das Exanthem und die katarrhalischen Symptome werden gelindert. Das Exanthem verschwindet zuerst an den unbedeckten Stellen. Die Desquamation beginnt früher und ist geringer; die Rekonvaleszenz ist kürzer. Kaufmann (Mannheim).

Hans Risel, Masernerkrankungen nach Scharlach. (Jahrbuch f. Kinderheilkunde. Bd. 62. Heft 1.) Das Material zu der Studie wurde im Kinderkrankenhause Leipzig in den Jahren 1894—1904 gewonnen. Veranlassung zur Durcharbeitung der 35 Krankengeschichten gab eine Masernepidemie, die Verf. auf der Scharlachstation verfolgen konnte. Es zeigte sich, daß die Maserninfektion in jedem Stadium des Scharlachs geschehen kann. Eine Hausinfektion mit Masern kommt gewöhnlich so zustande: Die Kinder treten mit irgend einer anderen Krankheit, z. B. mit Scharlach in das Krankenhaus ein. Sie stehen aber außerdem, draußen infiziert, im Inkubationsstadium der Masern. Diese kommen, vor ihrem Ausbruch durch nichts zu erkennen, erst im Krankenhaus zur Proruption und infizieren, ehe Maßnahmen dagegen getroffen werden können, die noch nicht gegen Masern immunen Kinder des gleichen Saales. Das Masernexanthem nach einem Scharlach zeigt große Neigung, atypisch zu verlaufen; dagegen wird die Fieberkurve der sekundären Morbillen durch vorhergehende Scarlatina nicht beeinflußt, ebenso wie auch die übrigen klinischen Symptome, Komplikationen und Nachkrankheiten in der charakteristischen Weise auftreten. Die Entfieberung des Scharlachs wird, wenn sie in die Inkubationszeit der Masern fällt, verzögert. Im ganzen muß man die nach Scharlach auftretenden Masern als eine sehr schwere Komplikation auffassen. Hecker.

Thure Hellström (Schwede), Morbilli und Diphtherie. (Hygiea. 1905. Nr. 1.) Im Jahrzehnt 1894—1903 wurden im Epidemiekrankenhause zu Stockholm 229 Patienten behandelt, die gleichzeitig oder unmittelbar nacheinander an Diphtherie und Masern litten. 117 Patienten bekamen Masern nach Diphtherie; von diesen genasen 109, starben 8; 3 von diesen 8 litten an schwerer Diphtherie, die den Tod auch ohne die nachfolgenden Masern herbeigeführt hätten; bei 5 schienen die Masern den Tod hervorgerufen zu haben. 91 der Patienten waren unter 6 Jahre alt. Eine vorhergehende Diphtherie scheint kaum die Prognose für eine unmittelbar folgende Maserninfektion zu verschlimmern, obgleich die Todesfälle infolge von Masernpneumonien in einzelnen Fällen durch ein von der Diphtherie geschwächtes Herz eventuell beschleunigt werden können; Diphtherie scheint auch keine prädisponierende Bedeutung für Masern zu haben. Der Verf. kann nicht der Ansicht Baginskys, daß das Exanthem in diesen Fällen sich ungünstig verhält, beitreten; nur in 2 Fällen war der Ausschlag hämorrhagisch, nur in 5 sehr ausgebreitet. Auch nicht die während der Diphtherie an Krupp (bzw. operierten) Patienten schienen die Masern weniger gut durchzumachen.

Ganz anders verhielten sich die Patienten, die Diphtherie während oder nach Morbilli bekamen. Es handelte sich um 112 Fälle, von welchen 98 an Krupp, 14 an Rachen- oder Nasendiphtherie ohne Kruppsymptome (Stenose) litten. Die Masern verschlimmern in hohem Grade die Prognose für eine nachfolgende Diphtherie. Von den 98 starben nämlich 61, von den 14 einer; nur einzelne der Patienten waren über 10 Jahre alt, 90 unter 6 Jahre alt. Die Mortalität schien in keinem Verhältnis zu dem Zeitpunkt, an welchem die Diphtherie

nach den Masern auftrat, zu stehen (im ganzen nur 7 Fälle entstanden 3 Wochen nach dem Anfang des Masernausschlags). Während die Mortalität für alle (1962) Kruppfälle, die im Jahrzehnt im Krankenhaus behandelt wurden, 27,3 % war, starben 62,24 % unter den von Krupp ergriffenen Masernpatienten. Von sämtlichen Kruppkranken wurden 59,89 % operiert, von Morbillikruppkranken 68,17 %. Von sämtlichen operierten Kruppkranken genasen 58,72 %, von operierten Masernkruppkranken nur 25,37 %. Unter den nicht operierten sämtlichen Kruppkranken war die Mortalität nur 6,48 %, unter den nicht operierten Masernkruppfällen 35,48 %. Antidiphtherisches Serum wurde am 1. Februar 1895 eingeführt;[1]) vor dieser Zeit wurden 40 an Masernkrupp leidende Patienten mit einer Mortalität von 72,5 % im Krankenhaus behandelt, nach der Einführung der Serumbehandlung war das Mortalitätsprozent 55,17 (für sämtliche Kruppfälle 25,27). Die Hälfte der Todesfälle trat innerhalb der ersten 2 Tage des Aufenthaltes auf. Der Verf. hat an denselben Indikationen als bei gewöhnlicher Krupp operiert, er bevorzugt die Intubation; die erste Extubation wird nach 48 Stunden vorgenommen. Der Verf. empfiehlt präventive Seruminjektionen bei Masernpatienten in Krankenhäusern. Warum die Masern die Prognose für eine nachfolgende Diphtherie verschlimmern, vermag er nicht zu erklären, vielleicht vergrößern sie die Virulenz der Diphtheriebazillen. In einigen Fällen fand er Diphtheriebazillen bei Masernpatienten ohne Diphtherie; solche Patienten müssen streng überwacht werden. In 3 Fällen hat er eine postmorbillöse membranöse Laryngo-Tracheo-Bronchitis mit letalem Ausgang beobachtet, ohne daß es gelang, Diphtheriebazillen nachzuweisen.

Adolph H. Meyer (Kopenhagen).

---

[1]) Gleichzeitig trat eine Milderung der Epidemie ein (Ref.).

III. Aus Vereinen und Versammlungen.

Bericht über die 5. Versammlung der Vereinigung südwestdeutscher Kinderärzte

am 17. Dezember 1905 zu Frankfurt a. M. im Kinderheim (Böttgerstraße).

1. Besichtigung des Kinderheims unter Führung des leitenden Arztes Dr. Scholz.

2. Albrecht (Frankfurt a. M.) demonstriert:

I. **Eine Anzahl von Präparaten von Kindertuberkulose** und erörtert deren hauptsächlichste Unterschiede gegenüber der Tuberkulose der Erwachsenen, sowie die Frage der primären An[illegible]ung des Virus. Die wesentlichste Form ist auch beim Kinde die primäre Inhalationstuberkulose, welche häufig in der Lunge nur geringe, in den Bronchialdrüsen große Herde setzt und event. von den letzteren sekundär auf Lunge oder Pleura übergreifen kann. Eine Fortsetzung von Halslymphdrüsentuberkulose auf Pleura oder Lungen läßt sich in der Regel schon grob anatomisch ausschließen, nicht selten kombiniert sich deszendierende Tuberkulose von Hals-

lymphdrüsen mit aszendierender von Bronchialdrüsen, event. unter Freibleiben der zwischenliegenden trachealen Drüsen. Die Darmtuberkulose ist in weitaus der größten Mehrzahl der Fälle sekundär von offenen Lungenherden ausgehend, so gut wie niemals Ursache einer sekundären chronischen Lungentuberkulose. In den unteren Darmabschnitten sind die Eingangspforten in der Schleimhaut meist nachweisbar, bei der Tuberkulose der portalen und pankreatischen Lymphdrüsen ist häufig nur ein ganz kleines Knötchen, in manchen Fällen makroskopisch keine Eintrittspforte mehr auffindbar. Die Fälle von generalisierter Drüsentuberkulose sind zu trennen von denjenigen, bei welchen an den vier Prädilektionsstellen der Lokalisation (Halslymphdrüsen, Bronchialdrüsen, Portaldrüsen, Ileocoekaldrüsen) ausgedehntere fortschreitendere Drüsentuberkulose sich entwickelt hat.

Ausnahmsweise entwickelt sich auch die Lungentuberkulose bei Kindern nach dem für die Erwachsenen überwiegenden Typus: ausgedehnte tuberkulöse Prozesse der Lungen mit kleinsten oder ganz fehlenden käsigen bzw. kreidigen Herden der Bronchialdrüsen. Wahrscheinlich gehen die meisten Kinder mit ausgedehnterer Bronchialdrüsentuberkulose frühzeitig zugrunde, besonders auch an Meningitis tuberculosa, Miliartuberkulose. Jenseits des 25. Jahres findet sich nur ganz ausnahmsweise noch die infantile Kombination von ausgedehnter käsiger oder kreidiger Bronchialdrüsentuberkulose mit chronischer Tuberkulose der Lungen.

II. **Zwei Fälle hochgradiger Tracheal- und Bronchialstenose:** a) durch in die Trachea eingewachsene tub. Drüse, bei Kompression der Hauptbronchien durch verkäste Drüsen; b) durch Soor der Trachea und Bronchien (mit hochgradigem substantiellem Emphysem der Lungen).

III. **Fall von wahrscheinlich extrauterin erworbener Endokarditis der Pulmonalis mit hochgradiger Stenose** bei 18 jährigem Mädchen (chronisch fibröse Endokarditis der arteriovenösen Klappen, rezidivierende und verruköse Endokarditis aller Klappen).

IV. **Fall von erbsengroßem Solitärtuberkel in der rechten Hälfte der Rautengrube bei tub. Meningitis**, ohne auffällige Infiltration im Plexus chorioideus des vierten Ventrikels und ohne stärkere makroskopische Veränderung des Ependyms im letzteren: hochgradige Quellung des Ependyms im Aquaeductus Sylvii; entzündlicher Hydrocephalus internus. Der letztere wurde erst durch Ventrikelpunktion festgestellt, nachdem mehrfache Lumbalpunktionen keine Flüssigkeit ergeben hatten.

V. **Fall von mehr als haselnußgroßem, die Rautengrube völlig ausfüllendem Ependymogliom** bei 13 jährigem Knaben, angeblich im Anschlusse an Trauma entstanden. Es fanden sich multiple Ependymogliome an verschiedenen Stellen des Ependyms der Ventrikel und des Rückenmarks, ein Gliom mit Zyste am Boden des dritten Ventrikels, so daß das Trauma jedenfalls nur wachstumsauslösend gewirkt haben kann. Plötzlicher Tod im Anschlusse an Lumbalpunktion.

VI. **Präparat von multiplen Solitärtuberkeln beider Ventrikel bei subakuter generalisierter Tuberkulose** von 4 Monate altem Kind.

VII. **Multiple Gummen des Herzens bei kongenitaler Lues.**

VIII. **Fall von kongenitaler Endokarditis der Trikuspidalis und Pulmonalis mit hochgradiger Stenose beider Klappen und Verengerung des Ventrikels.** Tod 24 Stunden nach der Geburt.

3. Cahen-Brach (Frankfurt a. M.) stellt zwei Mädchen mit **Lingua serotalis** (Bénard) vor. Die tiefen Furchen in der Zunge verursachen nur geringe Beschwerden, wie leichte Salivation, Brennen beim Genuß saurer Speisen. In beiden Fällen, deren Ätiologie jedenfalls in entwicklungsgeschichtlichen Anomalien zu suchen ist, war die Affektion bereits bei anderen Familienmitgliedern aufgetreten, ebenso wie dies auch von Payenneville beschrieben ist.

Ferner legt C.-B. ein Präparat von **membranöser Atresie des Colon ascendens** vor, die sich zugleich mit Scoliosis lumbalis gefunden hatte. Bei dem kräftigen Kinde war wegen Ileuserscheinungen (Erbrechen alles Genossenen, Anurie, Stuhlverhaltung) am vierten Tage von Dr. Großmann ein [illegible]s praeternaturalis am Blinddarm angelegt worden, der den Tod jedoch n[illegible] zu hindern vermochte. Eingehen auf die entwicklungsgeschichtlichen ätiologischen Forschungen von Tandler und Kreuter, die die angeborene Darmatresien zum Teil als Hemmungsmißbildung auffassen.

4. Cuno (Frankfurt a. M.) stellte einen Fall von **exstirpiertem Nierensarkom** vor. 3jähriger Junge, April 1905 von Dr. Gloeckler transperitoneal operiert, heute noch rezidivfrei.

Sodann ein 9jähriges Mädchen, bei welchem eine **Schußverletzung des Schädels** die Unterbindung der linken Arteria meningea poster. notwendig gemacht hatte. Die Kugel liegt noch im Stirnhirn über der rechten Augenhöhle. Die durch die Verletzung verursachte Sprechlähmung, rechtsseitige Arm- und Fazialislähmung sind zurückgegangen. Das Kind ist beschwerdefrei. Zuletzt spricht C. über Folgezustände nach Meningitis und stellte fünf geheilte Fälle von Meningitis vor.

Fall 1. 5jähriges Mädchen **Meningitis nach Masern** 1903, nach 2 Monaten entlassen mit halbseitiger Gesichtslähmung und Lähmung des linken Armes. Nach 4 Monaten sind die Lähmungen völlig zurückgegangen.

Das Kind ist heute völlig normal.

Fall 2. 10jähriger Junge, **Meningitis nach Masern**, 1901. Sehr schwerer Fall. Extremitätenlähmung noch einem Monat zurückgegangen. Jetzt noch hochgradig nervös.

Fall 3. 2jähriges Kind, **Hydrocephalus nach Meningitis**, März 1905. Mai 1905 mit Amaurose infolge Neuritis optica entlassen. Dezember 1905 Sehvermögen fast völlig zurückgekehrt. (Keine Lues.)

Fall 4. 11jähriger Junge. **Meningitis cerebrospinalis** 1901.· Nach 8 Tagen völliger Verlust des Gehörs. Zustand unverändert geblieben.

Fall 5. 2jähriges Mädchen (geistig sehr entwickelt gewesen). **Meningitis nach Influenza** Januar 1905, sehr schwerer Fall. Anfang Februar kehrte die Bewegungsfähigkeit der Glieder, März das Sehvermögen zurück. Mitte März lernte es wieder gehen. Oktober kehrte der Geschmack zurück. Mitte Dezember hatte man den Eindruck, daß das Kind wieder anfängt zu hören. Das Sprachvermögen fehlt noch ganz. Das Kind macht einen leicht idiotischen Eindruck.

5. E. Grossmann (Frankfurt a. M.) demonstriert einen **neuen Urinfänger**, der sich ihm namentlich nach Operationen bewährt hat, um eine Durchnässung der Verbände zu verhüten. Der Urinfänger besteht aus einem entsprechenden Glasrohr, das wie eine Glocke über den Penis gestülpt und mittels Heftpflaster festgehalten wird. Für Mädchen hat der Urinfänger eine mehr birnförmige Form. Befestigung ebenfalls mittels Heftpflaster. Auch bei Säuglingen, ferner bei Schwerkranken, von denen man rasch Urin zur Untersuchung wünschte, hat sich der kleine Apparat sehr bewährt.

Erhältlich bei Steiner, Frankfurt a. M., Allerheiligenstraße. Preis etwa 0,50 Mk.

6. v. Mettenheimer (Frankfurt a. M.):

I. Demonstration eines 10jährigen Knaben mit **Dystroph. muscul. progress.** (Typus Leyden) mit **Herzaffektion.**

II. **Über Alkaptonurie an der Hand von fünf eignen Beobachtungen.**

7. Dr. Schefers (Darmstadt) legt Proben von einem neuen **Diabetiker-Weißbrot** vor, das von der neu errichteten Nährmittelfabrik Rondholz in Egelsbach bei Frankfurt a. M. in den nächsten Tagen in den Handel gebracht werden soll. Das Brot hat gegenüber den bisherigen für Diabetiker vorzugsweise in Betracht kommenden ähnlichen Erzeugnissen (Aleuronat-, Grahambrot usw.) sehr erhebliche Vorzüge. Während letztere immerhin 40—47 % Kohlenhydrate, dagegen nur etwa 8 % Stickstoffsubstanz und nicht einmal 1 % Fett enthalten, ergibt die Analyse des Rondholz-Brotes — ausgeführt von dem staatlich approbierten Nahrungsmittelchemiker Dr. Warmbrunn in Frankfurt a. M. — nur 22,89 % Kohlenhydrate, dagegen 9,69 % Fett und 19,80 % Stickstoffsubstanz.

Dazu kommt der nicht zu unterschätzender Vorzug — der von den Anwesenden durchweg bestätigt wurde —, daß das Brot einen angenehmen Geschmack hat und dadurch die Gewähr bietet, von den Patienten längere Zeit genossen werden zu können.

Boehm (Frankfurt a. M.) berichtet über ein von dem pharmazeutischen Institut von Ludwig Wilhelm Gans in Frankfurt a. M. hergestelltes **trockenes Phosphorlebertranpräparat** (Phosphorlebertran-Siccol). Dasselbe ist ein durchaus homogenes, schön gelb gefärbtes Pulver, das durch Trocknen des Lebertrans mit Magnesia und Hafermehl gewonnen wird und 40 % Lebertran enthält. Der Phosphor ist in Form von Hypophosphiten — ähnlich der Scotts Emulsion —

beigegeben, der Lebertrangeruch und -geschmack durch Korrigentien größtenteils verdeckt. Vor den üblichen Emulsionen hat das Präparat den Vorzug, daß eine Entmischung oder ein Zusammenballen des Trans unmöglich ist und es infolge seiner Beständigkeit auch während der heißen Zeit gegeben werden kann. Ferner läßt es sich leicht der Nahrung beimengen (Milch, Brei usw.) z. B. auch beim Soxhletschen Verfahren, indem die Tagesmenge Siccol auf die Flaschen verteilt und mitgekocht wird (Tagesdosis 1—2 Teelöffel). Die bisherigen Erfahrungen an über 20 Fällen, über die noch berichtet werden soll, berechtigen zu günstiger Beurteilung des Präparates und fordern zur Weiteranwendung auf.

9. Rosenhaupt (Frankfurt a. M.): **Grundsätze bei der Errichtung öffentlicher Milchküchen.** Die Notwendigkeit derartiger Einrichtungen ist klar. Über die Art ihrer Organisation ist man sich noch nicht im Detail einig. Drei Hauptsätze müssen berücksichtigt werden. 1. Milchabgabe in Säuglingsmilchküchen darf nur nach ärztlicher Verordnung geschehen; es müssen spezialärztlich geleitete Beratungsstellen vorhanden sein. 2. In der Milchküche darf nur einwandfreie, unter Beobachtung durchführbarer bester Stallhygiene gewonnene Milch Verwendung finden, nie Sammelmilch aus Molkereien, denn die öffentliche Milchküche hat auch die Aufgabe in ihren Ansprüchen an die Qualität der Milch dem Einzelkonsumenten als Vorbild zu dienen. 3. Es ist zu empfehlen, Milchküchen nicht als Wohltätigkeitsanstalten zu errichten, sondern allen Kreisen der Bevölkerung ihre Benutzung zu ermöglichen. Der zu entrichtende Preis kann unter Berücksichtigung des Einkommens und der Kinderzahl der Familie progressiv festgesetzt werden. Das liegt u. a. im Interesse der meist künstlich genährten Säuglinge des gewerblichen Mittelstandes, wo die Frau das Kind weder stillen noch selbst pflegen kann, aber bereitwillig einen hohen Preis für trinkfertige Milch zahlt. Auf dieser Grundlage ist auch eine Milchküche finanziell besser zu unterhalten.

Außerdem ist es nötig, im Zusammenhang mit der öffentlichen Milchküche durch Wort und Schrift immer wieder für die natürliche Ernährung einzutreten.

Eine Trennung in Milchküchen für gesunde und für kranke Säuglinge ist weder durchführbar noch ratsam.

10. Besichtigung der Krippe, Nordendstraße 58, unter Führung des leitenden Arztes Dr. Cuno. Cahen-Brach (Frankfurt a. M.)

Pädiatrische Sektion der Gesellschaft für innere Medizin und Kinderheilkunde in Wien.

Sitzung vom 1. Februar 1906.

1. B. Panzer zeigt einen 13jährigen Knaben mit **primärer Tuberkulose der Nasenschleimhaut.** Die subjektiven Beschwerden des Patienten beschränkten sich auf Undurchgängigkeit der Nase, wobei nur unwesentliche Sekretion bestand. Am Kranken bemerkt man ein leichtes Ödem des Nasenrückens, das Knochengerüst ist intakt. Im knorpeligen Anteile des Septum findet sich rechterseits ein kreuzergroßes, an der Oberfläche exulzeriertes mit gelblicheitrigem Sekret bedecktes Infiltrat. Am Rande sieht man einzelne gelbliche Knötchen Die übrige Schleimhaut ist normal. Im Kieferwinkel sind bohnengroße Drüsen tastbar. Die übrigen Organe sind gesund. Das Geschwür ist daher als primär aufzufassen und wahrscheinlich durch Schmierinfektion entstanden.

Die primäre Tuberkulose der Nasenschleimhaut ist nicht häufig und tritt in zwei Formen auf. Die eine Form ist die eben beschriebene, die andere führt zur Bildung fibromähnlicher gestielter Tumoren, die von normaler Schleimhaut bedeckt sind. Die Prognose der Erkrankung ist keine schlechte. Die Behandlung besteht in ausgiebiger Ätzung.

2. Escherich spricht über **Thrombenbildung im Herzen und embolischen Prozessen** im Verlaufe der septisch-toxischen Form der Diphtherie, auf deren Vor-

kommen schon Marfan hingewiesen hat. Marfan führt die Thrombenbildung auf infektiöse Prozesse zurück, während E. annimmt, daß sie nur eine Folge der Zirkulationsstörung bei postdiphtherischer Myokarditis darstellt.

E. hat in kurzer Zeit vier Fälle von embolischen Prozessen bei schwerer Diphtherie beobachten können. Bei allen Kindern war eine septisch-toxische Diphtherie vorausgegangen. Am 11.—15. Tage traten Zeichen von Herzschwäche auf, denen in drei Fällen der Tod folgte. Bei der Obduktion fanden sich Thromben in der Nähe der Spitze des Ventrikels und Infarkte in den Nieren, in einem Falle auch Embolien in den Lungenarterien. Das vierte Kind (ein 4jähriges Mädchen) zeigte im Verlaufe einer postdiphtherischen Myokarditis am 17. Krankheitstage plötzlich einsetzende Hämaturie; schon die nächsten Portionen des Harnes waren lichter, nach 18 Stunden verschwand das Blut aus dem Harne. Der Eiweißgehalt des Harnes entsprach der Blutbeimengung, Zylinder fehlten. Nach einigen Tagen folgte ein neuerlicher Niereninfarkt, die Hämaturie sistierte diesmal bereits nach 8 Stunden.

3. Knöpfelmacher zeigt ein 3jähriges Mädchen mit ausgeheiltem **Hydrocephalus chronicus**, der 2 Jahre beobachtet wurde. Seit 3 Monaten hat der Umfang des Kopfes, der 66 cm beträgt, nicht mehr zugenommen, die früher weit klaffenden Nähte sind geschlossen, die psychischen und motorischen Funktionen haben wesentliche Fortschritte gemacht. Der Augenhintergrund, der früher eine verschwommene Papille gezeigt hatte, ist normal. Das Schädelvolumen beträgt 4500 ccm = $^2/_5$ des Körpergewichtes (11 kg). K. führt den günstigen Verlauf des Prozesses wenigstens zum Teile auf die wiederholte Vornahme von kleinen Lumbalpunktionen zurück. Es wurden 66mal je 20—30 ccm Zerebrospinalflüssigkeit entleert. Nur 5—6mal stellte sich danach etwas Fieber ein, sonst wurde die Punktion gut vertragen. Der vorgestellte Fall hat in der Anamnese keinen Anhaltspunkt für Lues.

Neurath sah einen Fall von Hydrocephalus bedingt durch Verschluß des Foramen magendie und mahnt bei Vornahme der Lumbalpunktion in solchen Fällen zur Vorsicht, da plötzlich Tod eintreten kann.

Hochsinger meint, man solle den therapeutischen Erfolg der Lumbalpunktion nicht zu hoch anschlagen, übrigens komme der Hydrocephalus chronicus auch spontan zur Ausheilung. Ballonköpfe, wie im vorliegenden Falle, seien meist nicht luetischen Ursprunges. Die heredosyphilitischen Hydrocephali sind meist viel kleiner.

Escherich lobt den therapeutischen Wert der Lumbalpunktion und betont deren Ungefährlichkeit im Gegensatze zu den lebensgefährlichen Ventrikelpunktionen. Die Beeinflussung der Hirndrucksymptome durch die Lumbalpunktion sei häufig deutlich zu erkennen. Mehrmals sei er von den Eltern selbst aufgefordert worden, die Lumbalpunktion zu wiederholen, deren günstiger Einfluß den genau beobachtenden Angehörigen nicht entgangen war.

Knöpfelmacher hebt nochmals hervor, daß durch die Lumbalpunktion die Hirndrucksymptome erfolgreich bekämpft werden können. Dies sehe man auch bei der tuberkulösen und Zerebrospinalmeningitis.

4. Leiner stellt ein 3jähriges Kind mit **Bromakne** vor. Patient erhielt täglich eine kleine Messerspitze Bromnatrium. Schon am vierten Tage traten eitrige Knötchen auf, die bald den ganzen Körper bedeckten. Trotz Aussetzens der Therapie erfolgten noch durch einige Tage neue Eruptionen von siebartig durchbrochenen Knötchen mit zentralen Pustelchen. Bewegungen der unteren Extremitäten waren ungemein schmerzhaft.

Im Anschlusse an diese Demonstration zeigt L. Aquarelle zweier weiterer Fälle von Bromakne (5 Monate altes Kind mit Meningitis und 8monatliches Brustkind). Der letztere Fall ist dadurch interessant, daß die Bromintoxikation durch die Muttermilch erfolgte. Die Mutter litt an schwerer Epilepsie und konnte ohne Brom nicht existieren (täglich 1 Messerspitze Erlenmayersche Mischung). Trotzdem weder im Harn der Mutter noch in der Milch Brom nachweislich war, zeigte das Kind typische Bromakne neben knotenförmigen Erythemen. Das Kind mußte abgestillt werden; seitdem geht es ihm gut, es ist heute 5 Monate alt und wiegt 7 kg.

Zappert betont die charakteristische Form der Bromakne bei Kindern (tuberkulöse Eruptionen an den Unterschenkeln). Z. hat vier Fälle gesehen, ihr

Vorkommen ist doch selten, man solle sich dadurch nicht abhalten lassen, große Bromdosen anzuwenden.

5. Escherich ladet zum Besuche der konstituierenden Versammlung der österreichischen Gesellschaft für Kinderforschung ein. Diese soll nach dem Muster der deutschen Gesellschaft, Ärzte, Juristen und Pädagogen vereinigen, um die Grenzgebiete der physischen und psychischen Erziehung wissenschaftlich zu behandeln und praktische Anregungen auf dem Gebiete der Kinderfürsorge zu geben.

6. Jehle berichtet über eine durch Mikrococcus catarrhalis bedingte **Grippe-Endemie** auf der Säuglingsstation der Klinik Escherich. Nach Filatow können grippeartige Erkrankungen durch verschiedene Mikroorganismen (Influenzabazillen, Mikrococcus catarrhalis usw.) bedingt sein. Gegen Influenza sind Säuglinge im allgemeinen immun, bei Säuglingsgrippe findet sich als ätiologisches Moment meist Mikrococcus catarrhalis, dessen morphologische Eigenschaften von Seiffert, Pfeiffer und Ghon studiert worden sind. Fünf Kinder der Säuglingsstation erkrankten in kurzen Intervallen unter ähnlichen Symptomen. Die Erkrankung charakterisierte sich durch geringe subjektive Störungen, dagegen bestand durch mehrere Tage hohes Fieber (Temperatur bis 40°) und mäßiger Schnupfen. Die Kinder zeigten starke Gewichtsabnahmen. Dabei erkrankten nur diejenigen Säuglinge, die außerhalb der Couveusen lagen. Die Couveusenkinder, deren Abschluß dadurch ein völliger ist, daß die Luftzufuhr aus dem Freien und nicht aus der Zimmerluft stattfindet, blieben bis heute verschont.

Jehle fand nun im Nasensekret bei allen fünf Kindern, teils knapp vor der Erkrankung, teils während derselben den Mikrococcus catarrhalis. Nach Ablauf der Endemie war letzterer nicht mehr nachzuweisen.

Eisenschitz mahnt zur Vorsicht in der Verwertung bakterieller Befunde bei grippeartigen Erkrankungen und weist darauf hin, daß gelegentlich der influenzaartigen Epidemie im Jahre 1904, Kretz niemals Influenzabazillen im Sputum nachweisen konnte. Auch französische Autoren berichteten damals bei ähnlichen klinischen Krankheitsbildern, daß auch hier der Influenzabazillus nicht gefunden werden konnte.

Zappert und Schlesinger fügen noch hinzu, daß die von Eisenschitz erwähnte Epidemie die für Influenza typische hämorrhagische Otitis aufgewiesen habe.

Escherich betont den Vorrednern gegenüber, daß die Bedingungen zur Aufklärung der Epidemieätiologie bei vorliegendem Materiale der Säuglingsstation, die bisher von Infektionen freigeblieben war, besonders günstig lagen. Deshalb seien auch die Befunde verwertbar. Escherich weist auf den günstigen Verlauf der Endemie hin und betont, daß seiner Erfahrung gemäß ein solcher nicht regelmäßig zu erwarten ist. Die Gutartigkeit des Verlaufes beruht vielleicht darauf, daß die Pfleglinge der Säuglingsstation vor der Erkrankung kräftig und gesund waren. B. Schick (Wien).

IV. Neue Bücher.

O. Heubner. **Lehrbuch der Kinderheilkunde.** II. (Schluß-)Band. 1906. Leipzig. Verlag von Joh. Ambr. Barth. Preis: Mk. 14, geb. Mk. 16,50.

Wenn ich anläßlich des Erscheinens des 1. Bandes des Heubnerschen Werkes die Hoffnung ausgesprochen habe, daß der 2. Band recht bald nachfolgen möchte, so ist allerdings diese Hoffnung nicht in Erfüllung gegangen, sondern wir haben ziemlich lange auf den Schlußband warten müssen. Aber: „was lange währt, wird gut". Dies Sprichwort bewahrheitet sich auch hier, ja man kann sogar in unserem Fall sagen: — „wird sehr gut". Dieses Prädikat gebührt zweifellos der vortrefflichen Arbeit Heubners, dessen Werk eine Zierde der deutschen medizinischen Literatur bilden wird. In dem 2. Bande behandelt der Verf. die Krankheiten des Blutes, die Stoffwechselkrankheiten, die Krankheiten des Nervensystems, Respirationsapparates, die Herzkrankheiten, die Krankheiten der Verdauungsorgane, des Urogenitalsystems und einige Hautkrankheiten. Überall

erkennt man wieder die reichen Erfahrungen, aus denen der Autor schöpft, empfindet man Freude an der klaren, präzisen Diktion des Verf.s, an seiner plastischen Darstellung, welche das Lernen und Verstehen so wesentlich erleichtert. Heubners Lehrbuch wird sicherlich allenthalben die höchste Anerkennung finden.

Grätzer.

A. Albu u. C. Neuberg. **Physiologie und Pathologie des Mineralstoffwechsels.** 1906. Berlin. Verlag von J. Springer. Preis: geb. Mk. 7.

Im letzten Jahrzehnt ist dem Mineralstoffwechsel wieder von seiten der Gelehrten und Praktiker große Aufmerksamkeit zugewendet worden, ist seine Bedeutung für die Physiologie und Pathologie der Lebensvorgänge wieder mehr gewürdigt worden. Die Verff. haben sich ein großes Verdienst dadurch erworben, daß sie im vorliegenden Buche das Wissen auf diesem Gebiete nach leitenden Gesichtspunkten zusammenfaßten und kritisch sichteten. Es ist ihnen das vortrefflich gelungen, und wir werden durch sie bestens orientiert über den Kalk-, Magnesium-, Phosphor-, Schwefel-, Eisen-, Kochsalzstoffwechsel, über die Mineralstofftherapie, Aschenanalyse und vieles andere. Eigene Untersuchungen der Verff., angestellt in der chem. Abteilung des pathologischen Instituts der Berliner Charité, lieferten neues wertvolles Material. Den Schluß des Buches bilden zahlreiche Tabellen über die Mineralstoffzusammensetzung der menschlichen Nahrungs- und Genußmittel, sowie der Mineralbrunnen und -Bäder. Jeder Arzt wird das inhaltreiche Werk mit Befriedigung lesen und bei dem Studium desselben viel lernen.

Grätzer.

V. Monats-Chronik.

Am 30. April 1906 findet, laut Beschluß der vorjährigen Versammlung, wieder eine **gemeinsame Sitzung der Vereinigungen niederrheinisch-westfälischer und südwestdeutscher Kinderärzte in Wiesbaden** statt, zu der hiermit auch Nichtmitglieder freundlichst geladen werden.

Anmeldungen von Vorträgen usw. an Dr. Lugenbühl, Schützenhofstr. 9.

Dr. Selter (Solingen), Vorsitzender der Vereinigung niederrhein.-westf. Kinderärzte.

Dr. Cahen-Brach (Frankfurt a. M.), Schriftführer der südwestdeutschen Vereinigung.

Der Ortsausschuß:

Geh. Rat E. Pfeiffer, ständiger Sekretär der Gesellschaft für Kinderheilkunde.

Dr. E. Lugenbühl.

Der **23. Kongreß für innere Medizin** findet vom 23.—26. April 1906 zu München statt unter dem Vorsitz des Geheimrat v. Strümpell (Breslau). Als Verhandlungsthema des ersten Sitzungstages ist bestimmt: **Die Pathologie der Schilddrüse.** Referenten: Friedr. Kraus (Berlin) und Kocher (Bern). Hering (Prag) wird am 2. Sitzungstage ein kritisches Referat über die Unregelmäßigkeiten der Herztätigkeit erstatten. Vorträge haben bis jetzt angemeldet die Herren: Jacob (Cudowa): Zur fieberlosen Pneumonie der Herzkranken; Feinberg (Berlin): Die Ursache der Geschwülste und ihre Verhütung; Aronsohn (Ems-Nizza): Erhöhter Eiweißstoffwechsel im Fieber usw.; A. Bickel (Berlin): Experimentelle Untersuchungen über die Magensaftsekretion beim Menschen; Pässler (Dresden): Klinische Beobachtungen bei Anurie; Dietlen (Gießen): Über normale Größe und Lage des Herzens; Ebstein (Eisenach): Medizinische Bedeutung Eisenachs; P. Krause (Breslau): Über Lipämie im Koma diabeticum.

Anmeldungen von Vorträgen sind zu richten an Geheimrat Dr. Emil Pfeiffer, Wiesbaden, Parkstraße 13.

Mit dem Kongresse ist eine Ausstellung von Präparaten, Apparaten und Instrumenten, soweit sie für die innere Medizin von Interesse sind, verbunden. Anmeldungen zur Ausstellung sind zu richten an Professor Friedr. Müller, München, Bavariaring 6.

Berlin. Auf die **Waldschule** in Charlottenburg, die aus der Idee der Kindererholungsstätten erwachsen ist, hat der Kultusminister auf besonderen Befehl des Kaisers die Aufmerksamkeit der Regierungen und Provinzialschulkollegien gelenkt.

Schulpflicht geistig minderwertiger Kinder. (Aus dem Kammergericht.) Das Kammergericht hatte sich mit der Frage zu beschäftigen, ob die Eltern verpflichtet sind, ihre Kinder in eine Schule für schwachsinnige und geistig minderwertige Kinder zu senden. Lina H. war nach Ansicht der Lehrer geistig minderwertig und machte in der Volksschule nicht die erforderlichen Fortschritte. Dem Vater des Mädchens wurde darauf mitgeteilt, daß er seine Tochter ferner in die städtische Hilfsschule zu senden habe, die nur von schwachbegabten Kindern besucht werde. Als H. dieser Aufforderung nicht nachkam, wurde er auf Grund einer Regierungspolizeiverordnung in Strafe genommen. H. bestritt, daß seine Tochter geistig minderwertig sei, und behauptete, nach § 46 ff. II 12 des Allgemeinen Landrechts brauche er sein Kind nur in die ordentliche Volksschule zu senden. Eine Beschwerde des Familienvaters wurde sowohl vom Regierungspräsidenten als auch vom Minister abgewiesen. Auch war dem Mädchen der Besuch der Volksschule und einer höheren Töchterschule nicht gestattet worden. Sowohl das Schöffengericht als auch das Landgericht verurteilten H. zu einer Geldstrafe wegen Schulversäumnis seiner Tochter, da die städtische Hilfsschule zu den öffentlichen Volksschulen zu rechnen sei, die von der Stadt unterhalten und vom Staat beaufsichtigt werden. Diese Entscheidung focht H. durch Revision beim Kammergericht an und betonte, eine Volksschule sei eine Anstalt, welche von jedem Kinde besucht werden könne; die Hilfsschule sei lediglich eine pädagogische Versuchsanstalt. Das Kammergericht wies die Revision des Angeklagten als unbegründet zurück, da das Landgericht mit Recht annehme, daß H. seine Tochter in die Hilfsschule schicken mußte. Die Hilfsschule gehöre zu den Volksschulen, welche nach § 46 II 12 des Allgemeinen Landrechts so lange von den Kindern besucht werden müsse, bis sie die erforderlichen Kenntnisse nach dem Befunde des Schulinspektors erworben haben. (Voss. Ztg.)

— **Der Kampf gegen die Säuglingssterblichkeit** ist bekanntlich jetzt in Berlin mit aller Kraft aufgenommen worden, und es hat die deutsche Kaiserin die Anregung zur Schaffung einer wissenschaftlichen Musteranstalt zur Bekämpfung der Säuglingssterblichkeit gegeben. Am 10. Januar fand eine Versammlung hervorragender Persönlichkeiten statt, um den Grundstein des Unternehmens zu legen. In der Zeitschrift für ärztliche Fortbildung 1906 No. 3 finden wir eine wörtliche Wiedergabe der dabei gehaltenen Ansprachen und Vorträge: „Ansprache" von Staatsminister Dr. v. Schönstedt, „Die sozialen Voraussetzungen für die Bekämpfung der Säuglingssterblichkeit" von Kabinettsrat Dr. v. Behr-Pinnow, „Die Begründung einer wissenschaftlichen Anstalt für die Bekämpfung der Säuglingssterblichkeit, ihre Notwendigkeit und Aufgaben" von Geh. Mediz.-Rat. Prof. Dr. Heubner, „Die Organisation und innere Einrichtung der in Aussicht genommenen Musteranstalt für die Bekämpfung der Säuglingssterblichkeit" von Geh. Ob.-Mediz.-Rat Dr. Dietrich, „Die rechtliche und finanzielle Organisation der geplanten Anstalt" von Wirkl. Geh. Ob.-Reg.-Rat Dr. Bumm.

Breslau. Prof. Czerny, der Direktor der hiesigen Universitäts-Kinderklinik, ist als Nachfolger v. Rankes an die Universität München berufen, hat aber abgelehnt.

München. Prof. Meinhard Pfaundler in Graz hat den an ihn ergangenen Ruf als Professor der Kinderheilkunde an die Universität München, als Nachfolger des Geheimrats v. Ranke, angenommen.

— **Die Aufstellung von Schulärzten für die städtischen Schulen Münchens** darf jetzt als unmittelbar bevorstehend bezeichnet und der prinzipiell entscheidende Beschluß bereits in den nächsten Tagen erwartet werden. Über die geplante Organisation des schulärztlichen Dienstes im einzelnen liegt jetzt ein eingehendes Referat des städtischen Schulrates Dr. Kerschensteiner vor. Hiernach sollen nach dem Vorbilde der Berliner Dienstanweisung für Schulärzte den künftigen Münchener Schulärzten folgende Aufgaben zugewiesen werden: Die Untersuchung des körperlichen Zustandes aller in die Schule eintretenden Kinder, eine Wiederholung dieser Untersuchung am Ende des 3., 7. und 8. Schuljahres, Überwachung der aus der

Untersuchung als überwachungsbedürftig hervorgehenden Kinder, Abgabe eines Gutachtens über Kinder, die einer besonderen Berücksichtigung im Unterricht bedürfen, auf dem Gesundheitsbogen des Kindes, Prüfung der für die Hilfsschule vorgeschlagenen Kinder, Untersuchung der Kinder während des Schuljahres, die vom Oberlehrer als besonders krankheitsverdächtig bezeichnet werden, und mindestens 4malige Visitation der dem Schularzt zugewiesenen Schulhäuser für öffentliche und private Unterrichts- und Erziehungseinrichtungen. Dr. Kerschensteiner berechnet, daß hiernach 18500 Kinder zur Untersuchung durch die Schulärzte übrig bleiben. Er beantragt, vorerst 18 Schulärzte, einen Spezialaugenarzt und einen Spezialohrenarzt im Nebenamte anzustellen, die einem aus ihrer Mitte zu wählenden Obmanne zu unterstellen wären. Jeder Schularzt soll ein Honorar von 1000 Mk. erhalten, der Obmann eine Zulage von 500 Mk., die Spezialärzte je 250 Mk. Die erforderlichen Mittel sollen in den Etat für 1907 eingestellt werden und die amtliche Tätigkeit der Schulärzte mit der Einschreibung 1907 beginnen. Außer den Schulärzten ist die Aufstellung eines städtischen Amtsarztes in Aussicht genommen, der als Berater dem Magistrat zur Seite stehen soll in bezug auf Gesundheitspflege, Abgabe von Gutachten für Bauwesen, Aufnahme in den Gemeindedienst. Er soll Sitz und event. Stimme im Kollegium haben, seine Gehalts- und Pensionsverhältnisse sollen entsprechend der Stellung der Rechtsräte geregelt werden. Im übrigen wird die Organisation des schulärztlichen Dienstes im Einvernehmen mit der Ärzteschaft zu regeln sein, an welche ohne Zweifel die Gemeinde bald herantreten wird. Abgesehen von wichtigen Standesinteressen werden es die Ärzte Münchens jedenfalls als eine Ehrensache ansehen müssen, an der gedeihlichen Entwicklung dieser zum guten Teil auf ihre Anregung ins Leben gerufenen Einrichtung von Anfang an mitzuwirken; hierzu wird unseres Erachtens neben den beiden Standesvereinen auch der ärztliche Verein berufen sein. (Münch. med. Wochenschrift.)

Oppeln. **Zum Schutze der Schulkinder gegen Erkältungen** infolge nasser Witterung hat die Regierung in Oppeln kürzlich nachstehende Verfügung erlassen:

Erfahrungsmäßig sind heftige Erkältungen und Krankheiten der Schulkinder in der naßkalten Jahreszeit häufig darauf zurückzuführen, daß die Kinder in durchnäßten Fußbekleidung in der Schule sitzen müssen. Das ist namentlich da der Fall, wo die Kinder auf dem Lande weite Wege zur Schule zurücklegen müssen. Wir empfehlen deshalb, die Schulleiter allgemein darauf hinzuweisen, daß gesundheitliche Schäden der Kinder durch Erkältung verhütet werden können, wenn auf die Eltern in geeigneter Weise eingewirkt wird, ihren Kindern Fußbekleidungsstücke (Strümpfe, Pantoffeln) zum Wechseln beim Betreten des Schulzimmers mitzugeben. Für arme Schulkinder würde die Beschaffung billiger Fußbekleidungsstücke zu genanntem Zweck bei der Gemeinde oder der Gutsherrschaft in Anregung zu bringen sein.

Magdeburg. 100000 Mk. **zur Errichtung eines Kinderkrankenhauses** hat der von hier gebürtige Herr Neubauer in Hamburg aus Anlaß der silbernen Hochzeit unseres Kaiserpaares dem Magistrat seiner Vaterstadt überwiesen.

Wien. Eine Reihe von Hygienikern, Ärzten und Gelehrten verschiedener Wissensgebiete, sowie von Kinderfreunden ist zur Gründung einer österreichischen **Gesellschaft für Kinderforschung** zusammengetreten. Die konstituierende Versammlung hat am 3. Februar stattgefunden.

Nürnberg. Hierselbst starb nach nur kurzer Krankheit der bekannte Kinderarzt Hofrat Dr. Julius Cnopf im Alter von 84 Jahren. Der bis in sein hohes Alter tätige Kollege erfreute sich der größten Wertschätzung; er war bis zum Lebensende schriftstellerisch nnd literarisch tätig.

Kopenhagen. Prof. Dr. J. V. Wichmann, Dozent für Pädiatrie, Direktor des Königin Louisen-Kinderspitals zu Kopenhagen, ist im Alter von 53 Jahren gestorben.

— Der Privatdozent der Pädiatrie Dr. Holger Prip ist im Alter von 40 Jahren gestorben.

Verantwortlicher Redakteur: Dr. Eugen Graetzer in Sprottau. — Verlag von Johann Ambrosius Barth in Leipzig. — Druck von Metzger & Wittig in Leipzig.

Centralblatt für Kinderheilkunde.

Eine Monatsschrift für praktische Ärzte.

XI. Jahrgang. 1. Mai 1906. No. 5.

I. Originalbeiträge.

Zwei Fälle von Erythromelalgie.

Ein Beitrag zur Kasuistik.

Von

Dr. **Staedtler** in Bern.

Fall I.

1899. Knabe H., 8 Jahre alt. Anamnese. Reif geborenes, schwächliches Kind, das während der ersten Lebensjahre fast beständig kränkelte. Lernte erst mit 2 $^1/_2$ Jahren gehen. Viele Konvulsionen, entwickelte sich geistig normal. Im Februar 1898 Masern von 3wöchentlicher Dauer, darauf im März öfteres Erbrechen, so daß an beginnende Meningitis gedacht wurde. Seit Jahren leidet der Knabe an Verstopfung und Verdauungsbeschwerden, war von jeher aufgeregt, zornig, welcher Erregungszustand nach den Masern noch zunahm. Am 18. Mai 1898 zeigten sich an den Händen des kleinen Patienten kleine, rote Flecken, klagte aber schon 14 Tage vorher über Jucken und Beißen an Händen und Füßen. — Mit dem Erscheinen des Exanthems fühlte sich der Knabe allgemein unwohl; auch stellte sich Schlaflosigkeit ein, was ihn sehr ermattet haben soll. Dann begannen die Finger zu schwellen, die Zehen aber nicht, sie wurden nur rot. An den Fingern war die Haut blaurot uud Patient klagte beständig über Beißen oder Brennen an ersteren. In der zweiten Woche der Erkrankung stieß sich die Epidermis an den Fingern ab und ließ einen lebhaft geröteten, trocknen Grund zurück. An den Zehen war ebenfalls Abschuppung zu bemerken. Danach nahm das Gefühl des Beißens und Brennens ab und stellte sich nur dann wieder ein, wenn Hände und Füße an die Wärme kamen. Patient transpiriert im Gesicht und am Körper viel, nur die Hände und Füße sind trocken.

Status. Schlecht genährtes, blasses Kind mit im Verhältnis zum übrigen Körper auffallend großem Schädel. Aussehen leidend und ermattet. Die Zähne sind unregelmäßig durch Intervalle getrennt, ihre Ränder gezackt, viele davon kariös. Am rechten Unterkieferrand finden sich mehrere kirschkerngroße, harte Lymphdrüsen. Nachdem Patient eine Zeitlang still gewesen ist, befällt ihn ein allgemeines Zittern. Die Hände erscheinen auffallend groß, die Finger, welche leicht auseinander gespreizt und krallenförmig gehalten werden, sind im Verhältnis zu den Händen kurz. Die Verdickung des zweiten, dritten und vierten Fingers ist so bedeutend, daß dieselben in ihrer Dicke denjenigen eines Erwachsenen von 30 Jahren entsprechen.

Umfang in der Höhe der I. Phalanx.

a) linke Hand:

zweiter	Finger	6,3 cm,	Daumen 5,9 cm
dritter	„	5,8 „	
vierter	„	5,9 „	
fünfter	„	5,0 „	

b) rechte Hand:

zweiter	Finger	6,5 cm,	Daumen 6,0 cm
dritter	„	6,7 „	
vierter	„	6,5 „	
fünfter	„	5,8 „	

Am ersten und zweiten Finger der linken und am dritten und vierten Finger der rechten Hand ist die Schwellung in der Gegend des ersten Interphalangealgelenkes am stärksten, umfaßt, außer den Fingern, auch noch die Hohlhand und das untere Drittel des Handrückens, Druck auf die geschwollenen Partien hinterläßt keinen Eindruck, ruft aber eine, wenn auch nicht sehr intensive Schmerzensäußerung hervor. Die geschwollenen Partien fühlen sich trocken und heiß an, sind blaurötlich verfärbt. Auch auf den nichtgeschwollenen Partien des Handrückens ist diese Verfärbung zu beobachten, nur tritt sie hier nicht gleichmäßig, sondern in Form bläulicher, unregelmäßiger bis centimestückgroßer Flecken hervor. Die Epidermis ist trocken; sie stößt sich stellenweise in Form trockener, fest an der Unterlage adhärierender Fetzen ab und ist in der Hohlhand deutlich verdickt. Die Nägel glänzend, gut erhalten. An der Beere des dritten Fingers der linken und rechten Hand finden sich zwei stecknadelkopfgroße blutunterlaufene Stellen. Die Zehen zeigen lebhafte aber nicht gleichmäßige Rötung, sind nicht geschwollen. An der Fußsohle löst sich die Epidermis ebenfalls ab. Auffallend ist eine beinahe konstante Erektion des Penis, die weder von Schmerzen noch sonst unangenehmen Empfindungen begleitet zu sein scheint. Die Hände können nicht geschlossen werden und die Bewegung der Finger ist stark beeinträchtigt, und doch kann Pat. leichte Flexions- und Extensionsbewegungen ausführen; dagegen ist Heben eines selbst leichten Gegenstandes nur mit Mühe möglich. Die Sensibilität ist an den Händen erhalten, spitz und stumpf wird regelmäßig und prompt unterschieden. Patellarsehnenreflexe sind hochgradig gesteigert, Fußklonus angedeutet. Bei jeder körperlichen Untersuchung stellt sich allgemeines Zittern ein. Augenreflexe, Bewegung der Augen und der Gesichtsmuskulatur normal. Lungenschall sonor, Herzgrenzen an normaler Stelle, Herzaktion regelmäßig, frequent 130, Töne rein. Urin enthält Eiweiß $^1/_2$ $^0/_{00}$, keine Zylinder.

22. VI. Pat. hatte eine sehr unruhige Nacht, schlief nicht, jammerte beständig. Die Schmerzen scheinen nicht von gleichmäßiger Stärke zu sein, sondern in Paroxysmen aufzutreten, während welcher Pat. laut schreit und um Hilfe ruft. Behandlung: konstantes kaltes Handbad. Antipyrin 0,2, Phenacetin 0,15 3mal täglich ein Pulver. Mixt.: Extract. secal. cornut. 2,0 : 200,0.

24. VI. Der gestrige Tag, sowie die letzte Nacht waren ruhiger. Pat. schlief viel, jedoch hatte er des Nachmittags eine Periode von mehreren Stunden, während welcher er beständig jammerte. Pat. ist sehr matt und durch die beständige Schlaflosigkeit der letzten Wochen sehr heruntergekommen. Die Epidermis der Finger ist durch das Wasserbad leicht mazeriert, zeigt unveränderten objektiven Befund.

28. VI. Nachdem während 3 Tagen eine subjektive Besserung zu konstatieren war, stellte sich wiederum Verschlimmerung ein; die Schmerzanfälle wurden stärker und häufiger. Während eines solchen Anfalles fühlen sich die Hände heiß an, die Finger sind lebhaft gerötet und erscheinen noch mehr geschwollen, als sonst. Pat. klagt auch über Brennen an den Füßen. Therapie: Tct. nuc vomic. 10,0, Valerian. 20,0 3mal 10 Tropfen.

29. VI. Im Laufe des gestrigen Tages hatte Pat. fünf Anfälle, nachdem sich schon am 28. VI. zwei schwache Anfälle gezeigt hatten, wobei er die Augen verdrehte und bei schwacher Drehung des Kopfes nach oben starrte. Die heutigen Anfälle sind viel heftiger. Beim Beginn derselben war wieder ein Starrwerden des Blickes und Verdrehen des Kopfes zu beobachten, hierauf stellten sich allgemeine epileptiforme Konvulsionen ein, wobei Pat. das Bewußtsein verlor, ließ Urin unter sich gehen und hatte einmal blutigen Schaum vor dem Munde, doch war beim Beginne des Anfalles ein Schrei nicht wahrzunehmen. Längste Dauer eines Anfalles etwa 20 Minuten. Patellarreflexe hochgradig gesteigert, Fußklonus. Allgemeine Steifheit der Unterextremitäten. Therapie: Kal. bomat. 2mal 1,0.

30. VI. Die Nacht war etwas ruhiger, Pat. konnte einige Stunden schlafen. Durch beständiges Reiben haben sich an der Innenfläche des linken Zeigefingers und des rechten Ringfingers zwei mandelgroße Blasen und am kleinen Finger eine linsengroße Blase gebildet. Am rechten Zeigefinger finden sich zwei zehncentimestückgroße Blasen und eine kirschkerngroße am kleinen Finger der rechten Hand. Die Finger sind stark geschwollen und lebhaft blaurot. Auch über Brennen der Füße wird geklagt. Therapie: Kal. bromat. 2mal 1,0, Tct. valerian. Salbe: Acid. acetic. dil. 10,0, Acid. tartar. 5,0, Lanolin 30,0.

2. VII. An Stelle der zwei großen Blasen des linken Zeigefingers sind zwei längliche, brandig-schwarze Flächen getreten. Allgemeiner Zustand scheint besser, Pat. ist ruhiger und schläft ganz ordentlich während der Nacht. Appetit gut. Das Brennen an den Händen wird scheinbar weniger lebhaft empfunden; wenigstens jammert Pat. nicht mehr so anhaltend und laut als vor 8 Tagen. Patellarsehnenreflex immer noch gesteigert, jedoch nicht mehr in dem Grade wie am 29. VI. Fußklonus. Die Steifheit der Unterextremitäten hat nachgelassen. Priapismus ebenfalls vermindert.

9. VII. Auf Borumschläge besserten sich die geschwürigen Stellen rasch und bedecken sich nur mit Epidermis. Seit 8 Tagen sind die Nächte ruhig und auch am Tage zeigt Pat. ausgesprochene Schlafsucht. Der Knabe sagt nun selbst, daß die Schmerzen in den Händen bedeutend abgenommen hätten. Beim Versuch, die Bromkalidosis auf 1,0 zu reduzieren, nimmt die Aufregung des Pat. sichtlich zu. Keine Anfälle mehr. Appetit gut. Allgemeinbefinden sehr gebessert. Therapie: id.

17. VII. Subjektive Besserung. Pat. schläft die ganze Nacht, hat guten Appetit, klagt weniger über Schmerzen in den Händen, so daß in der letzten Woche der Verband nicht mehr als 3—4 mal täglich gewechselt wurde. Objektiv sind die Finger noch bedeutend geschwollen. Die von den traumatischen Blasen herrührenden Ulzerationen verkleinern sich rasch und vernarben. Urin immer noch eiweißhaltig. Eigentliches Fieber war niemals zu konstatieren. Die höchste Temperatur betrug 38,1 und schien mit den Schmerzanfällen am 28. VI. und 30. VI. in Zusammenhang zu stehen. Seitdem sind etwa 7 Jahre verflossen. Der Knabe befindet sich vollständig wohl, hatte keinerlei Anschwellungen mehr an den Händen, keinerlei Rezidiv; auch sonst fühlt er sich vollständig wohl. Die linke Hand, bzw. Finger sind allerdings stark verstümmelt. Vom Zeigefinger existiert nur noch die I. Phalanx und ein Rest der II., von Mittel- und Goldfinger die erste und zweite Phalanx. Die Finger der rechten Hand sind an den Spitzen geschrumpft, etwas verkürzt und die Nägel verkümmert.

Fall II.

Knabe D. Jetzt 7 Jahre alt. Vater hochgradig nervös, zu Hautkrankheiten geneigt. Mutter zeigt körperlich und geistig nichts Abnormes. Die Schwangerschaft verlief, trotz der vielen Aufregungen, verhältnismäßig gut. Geburt erfolgte 3 Wochen zu früh, aber unter normalen Verhältnissen. Das Kind war blaß, mager, atmete schlecht (künstliche Atmung), zeigte indessen körperlich nicht gerade etwas Abnormes. Am Tage nach der Geburt bemerkte man an den Spitzen des Ring- und Kleinfingers der rechten Hand blaue Flecken, die rasch intensiver wurden, wobei die Fingerspitzen anschwollen, sich entzündeten, rötlichblaue Farbe annahmen und sich zu Geschwüren umbildeten, die die Knochen der Fingerspitzen freilegten. Dabei war das Kind äußerst unruhig, jammerte und weinte fast beständig. Nachdem sich die nekrotischen Teile abgestoßen hatten, schlossen sich die Wunden durch Granulationen nach und nach und waren in etwa 8 Wochen geheilt, ließen aber einige Defekte zurück.

Status praesens. Zarter, dem Alter nach eher etwas kleiner, sichtlich nervöser Knabe. Panniculus adiposus reichlich entwickelt. Am Körper ist nichts Abnormes zu konstatieren, außer daß die Fingerspitzen der rechten Hand folgende Diformitäten zeigen: Der Kleinfinger endet am oberen Rand der zweiten Phalanx und der Ringfinger im mitteren Teil der dritten Phalanx mit runzlichen Narben, jedoch ist an letzterem noch eine Spur des Nagels vorhanden.

Der Ausdruck Erythromelalgie entstammt dem Griechischen: ἐρυϑρός rot, μέλος Glied und ἄλγος Schmerz.

Aus Nr. I sehen wir, daß die Erscheinungen allmählich, von leichtem Fieber begleitet, auftraten, daß einzelne Finger beider Hände zuerst rote Flecken zeigten und dann anschwollen. Die Zehen dagegen wurden zwar auch rot, schwollen aber nicht an. Hautfarbe der Finger blaurot, Beißen und Brennen an den erkrankten Partien, durch Wärme vermehrt, durch Kälte vermindert. Auftreten der Schmerzen paroxysmenartig. Innere Organe gesund, Urin etwas Ei-

weiß ($^1/_2$ $^0/_{00}$) enthaltend. Sensibilität an den Händen erhalten (Druck auf die geschwollenen Partien ruft Schmerzäußerung hervor), Patellarreflexe hochgradig gesteigert. Die erkrankten Partien fühlen sich trocken und heiß an. Nägel glänzend, gut erhalten. Haut, im allgemeinen zum Schwitzen geneigt, ist nur in loco morbi heiß und trocken. Schließen der Hände nicht möglich und die Bewegung der Finger stark beeinträchtigt, doch sind leichte Flexions- und Extensionsbewegungen möglich. Finger leicht auseinandergespreizt, krallenförmig gehalten und im Verhältnis zu den Händen kurz. Beinahe beständige Erektion des Penis. Heilung mit Verkümmerung einzelner Finger.

Nr. II ist ein sehr leichter Fall, aber unstreitig ins Gebiet der Erythromelalgie gehörend.

Während bei Fall I eine neuropathische Belastung nicht zu eruieren war, ist sie bei Fall II mit Sicherheit festgestellt. Nach den neuesten Forschungen müssen wir die Erythromelalgie als eine Neurose mit zentralem Ursprung betrachten, welche sich auf sensiblem und vasomotorischem und auf trophischem Innervationsgebiet abspielt.

II. Referate.

J. Comby (Paris), Maladie de Maurice Raynaud chez l'enfant. (Archives de malad. des enf. 1905. Nr. 8.) Die von Maurice Reynaud in seiner Inauguraldissertation, Paris 1862, beschriebene symmetrische Gangrän der Extremitäten wird bei Kindern selten beobachtet. Nichtsdestoweniger kommt dieselbe vor und C. gibt drei einschlägige Krankengeschichten. Im allgemeinen handelt es sich um ältere Kinder und vorzugsweise um Mädchen. Überall kann man eine nervöse Grundlage des Leidens feststellen und man beobachtet oft, daß die für die Krankheit charakteristischen Gefäßkrämpfe infolge von moralischen Erschütterungen oder nervösen Erregungen auftreten. Fast immer tritt die Krankheit während des Winters auf und wird durch die Kälte als erregendes Agens hervorgerufen; mitunter bestehen auch Frostbeulen. Die am meisten ergriffenen Teile sind die Extremitäten und namentlich die von Kleidungsstücken nicht bedeckten Stellen. Auch die Ohrmuscheln werden mit Vorliebe ergriffen. Die Krankheit tritt anfallsweise auf, mit mehr oder weniger langen Zwischenpausen, bewirkt lebhafte Schmerzen in den befallenen Teilen bei aufgehobener Kontaktempfindlichkeit (schmerzhafte Anästhesie).

In leichten Fällen tritt lokales Eingeschlafensein mit folgender lokaler Zyanose auf. In schweren Fällen werden die befallenen Teile schwarz und es stoßen sich oberflächliche abgestorbene Teile ab. In seltenen Fällen sogar ein Finger oder eine Zehe. Die Kranken leiden nur während der kalten Jahreszeit und ist der Gang des Leidens im Verhältnis zur Kälteintensität.

Die Behandlung dieser Krankheit muß eine lokale und eine allgemeine sein; lokal müssen die befallenen Teile durch ent-

sprechende Kleidungsstücke von dem Einflusse der Kälte bewahrt werden, durch Einreibungen und Massage die Zirkulationshemmung bekämpft werden usw. In manchen Fällen geben elektrische Bäder gute Wirkung. Die allgemeine Behandlung soll eine roborierende sein, warme Bäder, Duschen, Abreibungen und der Aufenthalt in einem warmen Klima sind empfehlenswert. Medikamentös ist Digitalis, Chinin und Ergotin angewendet worden. E. Toff (Braila).

Robert N. Willson, The Negative Value of Kernigs Sign. (American Journal of the Medical Sciences. August 1905.) Verf. hat eine Reihe von Patienten mit den verschiedensten Affektionen auf Kernigs Phänomen untersucht, um zu sehen, ob es auch in der Tat für Meningitis pathognomonisch sei.

Als Ergebnis seiner Arbeit behauptet er, daß Kernigs Zeichen auch bei anderweitigen Zuständen vorkommt und somit keine absolut für Meningitis sprechende Geltung haben kann. Doch ist es eine wertvolle Unterstützung für die Diagnose, wenn man es in Verbindung mit den anderen Symptome betrachtet. Leo Jacobi (Neuyork).

T. Zelenski, Über das Kernigsche Symptom. (Przeglad lekarski. 1905. Nr. 44.) Die Lumbalpunktion Quinckes als diagnostisches und differentialdiagnostisches Hilfsmittel bei Erkrankungen der Hirn- und Rückenmarkshäute kann in der privatärztlichen Tätigkeit nicht überall leicht seine Anwendung finden; dementsprechend untersucht Verf., inwieweit das Kernigsche Symptom als differentialdiagnostisches Hilfsmittel in Betracht kommen kann. Zuerst betont Z., daß die Häufigkeit und Konstanz des obengenannten Phänomens von dem Alter des Patienten abhängt; so hat er bei Säuglingen niemals, bei 2—3jährigen Kindern fast niemals, im späteren Alter aber die Kniekontraktur in sitzender Stellung in sehr vielen Fällen beobachten können. Prozentuell genommen stellt sich das Verhältnis folgendermaßen dar:

Bei tuberkulöser Meningitis wurde bei über 3 Jahre alten Kindern 20mal unter 34 Fällen (59 %) das Kernigsche Symptom beobachtet; bei epidemischer Zerebrospinalmeningitis 19mal unter 25 Fällen (76 %).

Das längere Persistieren dieses Symptoms beweist, daß der Krankheitsprozeß noch nicht zu Ende ist, wie sich Verf. in zwei Fällen überzeugen konnte.

Das Verschwinden jedoch eines früher bestandenen Phänomens kann als günstiges Prognostikon aufgefaßt werden.

Aber auch einfache Hirnhautirritation ohne entzündliche Veränderungen kann Ursache des Auftretens von Kontrakturen sein; dies beweist ein Fall, woselbst während des Lebens positives Kernigsches Symptom erhoben wurde, die Nekropsie jedoch außer zahlreichen metastischen Abszessen in fast allen Organen, gar keine Veränderungen in den Hirn- und Rückenmarkshäuten ergeben hat.

Dahin ist auch das im Verlaufe von Typhus auftretende Phänomen zu zählen, ebenso bei schweren Pneumonien und in einem Fall von Insolation.

Schon aus dieser Zusammensetzung ist entnehmbar, daß dem Kernigschen Symptom das Stigma eines absolut diagnostischen Kennzeichens von entzündlichen Hirn- und Rückenmarkshautaffektionen wohl nicht zukommt; selbst als differentialdiagnostisches Merkmal zwischen tuberkulöser und nicht tuberkulöser Zerebrospinalmeningitis hält es nicht stand; wohl aber als Hilfsmittel unter Berücksichtigung aller anderen Symptome. Was es uns aber anzeigt, ist, daß wir im vorliegenden Falle es mit einer Reizung der Hirnhäute zu tun haben, was ja allenfalls in manchen dunklen Fällen insbesondere im Beginne von tuberkulöser Meningitis von einiger Wichtigkeit sein kann.

Über die Ursache des Auftetens des Phänomens gelangt Verf. zur Ansicht, daß, wenn auch zweifellos die erhöhte Erregbarkeit der Nervenwurzel mit in Betracht zu ziehen ist, jedoch auch event. das Übergreifen der Entzündung auf die Rückenmarkshäute oder der erhöhte Druck im Rückenmarkskanal, schließlich die Einwirkung der Toxine nicht ganz außer acht zu lassen sind. Gabel (Lemberg).

Kurt Mendel, Zwei Geschwisterpaare mit Friedrichscher Krankheit. (Berliner klin. Wochenschrift. 1905. Nr. 41.) Verf. veröffentlicht folgende vier Fälle:

Geschwisterpaar I. a) 21 Jahre altes Mädchen. In der Aszendenz keine ähnliche Erkrankung bekannt. Ein Bruder gesund. Eine jüngere Schwester (s. unter b) leidet an der gleichen Krankheit. Normale Geburt. Schon im Alter von 5 Jahren war Gang auffällig und Zittern an Händen wahrnehmbar. Im Alter von 15 Jahren Schwindel, starkes Schwanken beim Gehen, Unsicherheit der Hände. Allmähliche Zunahme der Beschwerden.

b) 19 Jahre altes Mädchen, Schwester von a. Patientin ist normal geboren, lernte mit $2^1/_2$ Jahren laufen und hat sich dann körperlich und geistig gut entwickelt. Im 14. Lebensjahre bemerkte sie, angeblich nach einem Schreck, ein Zittern in den Händen. Allmählich trat auch Zittern in den Beinen und Unsicherheit beim Gehen, sowie Sprachstörungen auf und es entwickelte sich der gegenwärtige Zustand. Patientin ist seit dem 17. Jahre menstruiert.

Geschwisterpaar II. a) 18 Jahre alter Patient. Mutter und Großmutter mütterlicherseits litten an der gleichen Krankheit, gingen wie betrunken und waren schließlich völlig unfähig zu gehen. Ein älterer Bruder ist — wie die Untersuchung ergab — völlig gesund und dient gegenwärtig als Soldat. Die Schwester des Patienten (Fall II b) leidet an der gleichen Krankheit. Patient selbst wurde normal geboren, lernte mit $2^3/_4$ Jahren laufen und entwickelte sich körperlich und geistig bis zu seinem 14. Lebensjahre völlig unauffällig. Am Tage der Einsegnung bemerkte der Vater zum ersten Male, daß sich bei dem Sohne beim Niederknien ein Schwanken des Körpers zeigte. Vom 14. Jahre ab wurden dann die Beine allmählich unsicherer, darauf auch die Arme und seit dem 16. Lebensjahre wurde die Sprache undeutlich. Zurzeit stolpert Patient oft, besonders beim Treppensteigen; er geht wie ein Betrunkener, kann die Hände nur sehr ungeschickt und unsicher gebrauchen, schreibt schlecht usw. Die Intelligenz ist gut geblieben, Blasenstörungen bestehen nicht.

b) Schwester des Patienten IIa, 14 Jahre altes Mädchen. Großmutter, Mutter und Bruder leiden an gleicher Krankheit. Das Leiden befindet sich bei dieser Patientin erst im Anfangsstadium. Patientin ist noch nicht menstruiert. Bis vor $^1/_2$ Jahr völlig gesund, ohne irgendwelche körperliche und geistige Auffälligkeiten. Seit Januar 1905 merkte der Vater, daß der Tochter beim Gehen der Kopf leicht zittre. Im Februar trat dann eine Unsicherheit beider Hände und etwas schwankender Gang hinzu. Intelligenz blieb unverändert, Urinbeschwerden bestehen nicht. Bezüglich der Status bieten alle drei Patienten fast völlig den gleichen Befund (im Fall IIb am wenigsten ausgesprochen). Bei beiden Geschwisterpaaren fehlen Störungen an den Pupillen, am Augengrund, Sensibilitäts- und Blasenstörungen (nur in Fall Ib des öfteren beim Lachen unwillkürlicher Urinabgang). Patellar- und Achillessehnenreflexe sind bei allen vier Patienten nicht auslösbar. Der Babinskische Reflex ist bei dreien positiv (ein Zeichen von Miterkrankung der Pyramidenbahnen!), in Fall IIa hingegen tritt bei Reizung der Fußsohle deutliche Plantarflexion der großen Zehe ein, was bei dem Vorgeschrittensein des Leidens auffällig ist. Nystagmus ist in Fall Ib und IIb angedeutet, im Fall IIa besteht beiderseits leichte Abduzensparese, kein Nystagmus. Romberg ist bei allen vier deutlich vorhanden. Die Ataxie in den oberen und unteren Gliedmaßen ist deutlich, aber noch gering in Fall IIb, sehr ausgeprägt in den anderen Fällen, ebenso ist die Sprache kaum gestört in Fall IIb, bei den übrigen ist sie bereits sehr undeutlich.

Auffallend ist die somatische Ähnlichkeit zwischen den beiden Geschwistern. Beide haben leichten Exophthalmus, asymmetrisches Gesicht, das rechte Ohr ist bei beiden größer als das linke und völlig gleich geformt, steiler Gaumen. Die Vererbbarkeit des Leidens zeigt sich mit grausamer Deutlichkeit bei dem Geschwisterpaar IIa und IIb: Großmutter, Mutter, Tochter und Sohn sind von dem gleichen Leiden in gleicher Weise heimgesucht.

Kurt Mendel (Berlin).

Karl Wendenburg, Zwei seltene Fälle familiärer Dystrophie. (Monatsschr. f. Psych. u. Neur. XVIII. Heft. 1.) Verf. berichtet über zwei Brüder von 15 und 11 Jahren mit Muskeldystrophie. Verlauf, Sitz der Atrophien und Fehlen von fibrillären Zuckungen unterscheidet die beschriebenen Fälle von der familiären spinalen Form, während sie der Beginn mit Hypertrophie im Kindesalter und das Auftreten derselben im weiteren Verlaufe der pseudohypertrophischen Form der Dystrophien zuweist.

Auffallend ist in den Fällen die starke Beteiligung der Kaumuskulatur bei völliger Intaktheit sämtlicher übrigen Gesichtsmuskeln und das Persistieren durch viele (5—6 bzw. 3—4) Jahre hindurch.

In dem einen Fall scheint den vorangegangenen Masern ein gewisser Wert als auslösendes Moment der Dystrophie zuzukommen.

Bei beiden Brüdern fehlten Knie-, Biceps- und Radius-Periostreflexe.

Die reflektorische Erregbarkeit der affizierten Muskeln scheint etwas früher aufzuhören als ihre willkürliche, und zwar ungefähr dann, wenn die Atrophie anfängt, die Hypertrophie abzulösen.

Kurt Mendel (Berlin).

Ibrahim u. O. Hermann, Über Bauchmuskellähmung bei Poliomyelitis anterior acuta im Kindesalter. (Deutsche Zeitschrift f. Nervenheilkunde. XXIX. Heft 1—2.) Verff. berichten über vier Fälle von Poliomyelitis anterior acuta, welche einen eigenartigen abdominalen Symptomenkomplex, der auf eine Beteiligung der Bauchmuskulatur am Krankheitsprozeß hinweist, darbieten. Im wesentlichen sind die queren Bauchmuskeln und zwar in den einzelnen Fällen in verschieden ausgedehnten Bezirken befallen. Waren auch in zwei Fällen beide Bauchseiten betroffen, so ist doch stets eine Seite weit stärker beteiligt, so daß sich vorwiegend das Bild einer halbseitigen Affektion ergibt. Bei zwei Patienten war 6 Jahre nach Beginn der Erkrankung eine wesentliche Besserung der abdominalen Störung zu erkennen, in einem Fall nach 4 Jahren kein wesentlicher Unterschied gegenüber dem ursprünglichen Zustand.

Als Grundlage des abdominalen Symptomenkomplexes fassen Verff. eine Lokalisation des poliomyelitischen Prozesses im oberen Lendenmark bzw. im unteren Brustmark auf.

Außer der Bauch- ist auch stets die Rückenmuskulatur beteiligt.

Verwechslung der Bauchmuskellähmung mit echten Hernien ist wohl möglich, doch sitzen letztere mehr lateral und sind kleiner als die auf Lähmung beruhende Vorwölbung; dazu kommt, daß bei den Lähmungen (den sog. „Pseudohernien") oft kein Bruchring getastet werden kann.

Wahrscheinlich kommt die Lähmung der Bauchmuskulatur bei Poliomyelitis häufiger vor als bisher angenommen wird.

Sie zeigt eine bemerkenswerte Tendenz zur spontanen Besserung, disponiert aber zur Senkung von Eingeweiden.

Die Therapie besteht in Bandagen, Massage und Elektrotherapie.

Zum Schlusse berichten Verff. über ein Kind mit Spina bifida und Meningomyelocele, welches gleichfalls das Bild der Bauchmuskellähmung darbot; die Recti waren von der Lähmung verschont geblieben.

Kurt Mendel (Berlin).

M. Geirsvold (Norweger), Epidemische Poliomyelitis. Bakteriologische Untersuchungen. (Norsk Magazin for Lägevidenskaben. 1905. Nr. 12.) 1905 wurden in Norwegen bis Oktober 504 Fälle mit 67 Todesfällen angezeigt. Die Krankheit trat en- und epidemisch auf mit sowohl ausgesprochenen als abortiven Fällen, die letzteren zeigten sich als akute Allgemeininfektion mit Herpes ohne spezielle Lokalisation. In der Spinalflüssigkeit von 12 Fällen gelang es dem Verfasser, eine bestimmte Bakterie zu finden; die Bakterien ließen sich bis zu 14 Tagen nach dem Anfang der Krankheit nachweisen. Durch Injektion dieser auf weiße Mäuse, Kaninchen und Tauben traten Lähmungen auf; der Mikrob ließ sich vom Herzblut der Versuchstiere reinzüchten und scheint während dieser Passage an Virulenz zuzunehmen. Die Bakterien sind Diplo- oder Tetrakokken, bohnenförmige, mit der flachen Seite gegeneinander, dazwischen ein heller Streifen. Der Mikrob wächst gut in den gewöhnlichen Nährböden und ist in den Kulturen widerstandsfähig. Die Krankheit ist kontagiös, die Eingangspforte ist wahrscheinlicherweise

der Rachen. Inkubationszeit 3—5 Tage. Prophylaktisch sollen Irrigationen des Mundes, Gurgeln des Rachens, Einblasungen in die Nase und in den Rachen hinein versucht werden. Die Krankheit tritt während der Endemien nicht unter den Haustieren auf. (Die Abhandlung ist eine vorläufige Mitteilung, mit Interesse muß man die Bestätigung der Befunde erwarten.) Adolph H. Meyer (Kopenhagen).

Bittorf, Ein Beitrag zur Lehre von der Entstehung von Höhlen im Rückenmark und über symptomlose Hydromyelie. (Virchows Archiv. Bd. 182. Heft 3.) Ein 12jähriger, bisher ganz gesunder Knabe, erkrankte 8 Wochen vor seinem Tode an schwerem Diabetes mellitus. Bei der Sektion fand sich nichts bestimmtes ätiologisch in Betracht Kommendes. Im Pankreas leichte exsudative und produktive Veränderungen. Dagegen bestand vom unteren Halsmark bis in das obere Lendenmark eine abwechselnd hochgradige Erweiterung des Zentralkanals, sowie im obersten Brustmark eine vom Zentralkanal ganz unabhängige Höhle und in deren Umgebung eine schwere Mißbildung des Rückenmarkes. Klinisch waren keinerlei durch die Mißbildung und die Höhlenbildung bedingte Symptome beobachtet. B. betrachtet auch die Höhle als angeboren. Ob ein Zusammenhang zwischen den Rückenmarksveränderungen und dem Diabetes besteht, kann nicht angegeben werden. B. zitiert aber einen ähnlichen Fall von Hoffmann. Bennecke (Marburg).

Iluento, Über die experimentellen Myelitiden. (Zentralblatt für allgem. Pathologie u. pathol. Anatomie. Bd. 16. Nr. 12.) Durch Infektion von 150 ccm neutralisierter Fleischbrühe in eine Ohrvene erzielte I. bei einem von vielen Kaninchen eine vollkommene Lähmung der hinteren Extremitäten, die einen Monat anhielt. Bei der jetzt vorgenommenen Sektion fand sich eine starke Atrophie der Muskeln der hinteren Extremitäten. Mikroskopisch ließen sich vor allem degenerative Veränderungen an den Zellen der Vorderhörner, die auch der Zahl nach deutlich vermindert waren, nachweisen. Auch die Ischadici und Muskeln ließen Degenerationszeichen erkennen. I. bezeichnet den Prozeß als Paraplegia acuta primitiva und nimmt, wie für den Menschen, als Entstehungsursache einen „individuellen Locus minoris resistentiae im Lendenmark“ an. Bennecke (Marburg).

Schmaus (München), Beitrag zur Kasuistik der akuten hämorrhagischen Myelitis, Myelitis bulbi und Landryschen Paralyse. (Beitr. z. path. Anat. u. allg. Path. v. Ziegler. Bd. 37. Heft 2.) Ein bisher gesunder, erblich nicht belasteter, 19jähriger Soldat erkrankte im Anschluß an eine leichte Angina an schwerster, auf Lähmung der Atemmuskulatur beruhender Atemnot. Erst danach trat Lähmung der Arme und Beine hinzu. Die Erkrankung wird trotzdem als Landrysche Paralyse aufgefaßt.

Die mikroskopische Untersuchung des von zahlreichen kleinen Blutungen durchsetzten Rückenmarks ergab eine starke leukozytäre Infiltration der genannten Teile, einen ausgedehnten Untergang von Ganglienzellen und beginnende Degeneration von Nervenfasern, sowie „Tigrolyse der Nervenzellen in den unteren Bulbärkernen bis ins

Bereich der Pons hinauf". In den Infiltraten fanden sich gelapptkernige Leukozyten, Lymphozyten, Polyblasten Maximows, Clasmozyten (?), Fibroblasten Maximows, sowie Lymphozyten ähnliche Zellen mit ovalem Kern, die Andeutung von Kernteilungsfiguren aufwiesen und deren Zellkörper in Fasern auslief. Es konnte der Nachweis erbracht werden, daß die diffuse Infiltration des Zentralnervensystems genau so aufzufassen ist und zustande kommt wie die an anderen Körperstellen, und daß sie nicht durch Wucherung der Gliazellen entsteht.

Bennecke (Marburg).

J. Comby (Paris), Amyotrophie spinale diffuse des nouveau-nés. (Archives de méd. des enf. Sept. 1905.) Die Geburt des betreffenden Kindes war normal gewesen, auch die spätere Entwicklung war eine gute, mit Ausnahme des Umstandes, daß das Kind weder Arme noch Beine bewegte. Der Kopf konnte nicht gerade gehalten werden, sondern fiel beim Aufrichten des Körpers nach hinten. Die Kniereflexe waren nicht auszulösen, auch die elektrofaradische Reaktion fehlte vollständig. Sensibilität, Nahrungsaufnahme und Verdauung waren normal. Elektrische Bäder, Massage und reizende Einreibungen besserten einigermaßen den Zustand, doch erlag das Kind im Alter von $5^1/_2$ Monaten einem Anfalle von Influenza.

In einem zweiten Falle handelte es sich um ein 5 Monate altes Kind, welches normal zur Welt kam, aber im Alter von 2 Monaten eine allgemeine Lähmung darbot, so daß gar keine willkürlichen Bewegungen mit den Gliedern ausgeführt werden konnten, die Nahrungsaufnahme und Verdauung war aber auch in diesem Falle eine gute. Im Alter von 6 Monaten erlag auch dieses Kind einem Anfalle von Suffokation.

In beiden Fällen handelte es sich um spinale diffuse Amyotrophie, eine seltene und ernste Krankheit, da die Prognose eine schlechte ist und therapeutisch fast nichts erreicht werden kann.

E. Toff (Braila).

C. F. Judson u. **C. D. Camp**, A case of Cerebellar Tumor in a Boy Seven Years old. (Archives of Ped. Jan. 1906.) Der Junge litt an Scarlatina im August 1903. Im Oktober desselben Jahres stellten sich Symptome von Gehirndruck ein: Übelkeit, Erbrechen, Kopfschmerzen, Ataxie und Sehstörungen. Im September 1904 merkte man, daß er nur mit den Füßen weit auseinander getrennt stehen konnte und beim Gehen sich nach rechts oder links wandte. Allmählich traten Herdsymptome ein, sowie Parese und Tremor in den unteren Extremitäten — mehr auf der rechten Seite —, ebenso Parese der oberen rechten Extremität mit Intentionstremor der Hand. Langsam verschlimmerten sich auch die Augensymptome bis zur völligen Opticusatrophie. Es bestanden auch starke Hebetudo, Incontinentia alvi et urinae, Sopor, aber keine epileptischen Anfälle. Das Kind starb am 20. Mai 1905.

Bei der Sektion fanden die Verff. eine Neubildung im Cerebellum, welche nach Härtung $^5/_8$ Zoll lang und $2^1/_2$ Zoll breit war.

Histologische Untersuchung erwies, daß das Neoplasma ein Gliom war, das wahrscheinlich vom Boden des vierten Ventrikels entstand;

allmählich füllte es diese Höhlung und übte auch Druck auf die Pyramidalgegend aus, auf der rechten Seite mehr als auf der linken.

H. B. Sheffield.

L. Babonneix, Les idées de grandeur dans la paralysie du jeune âge. (Revue mens. des malad. ds l'enfance. Mars 1906.) Die allgemeine Paralyse wurde lange Zeit als eine Krankheit des höheren oder des mittleren Lebensalters angesehen, neuere Untersuchungen haben gezeigt, daß auch Kinder nicht selten an derselben leiden. Im großen und ganzen unterscheidet sich die Paralyse des jugendlichen Alters durch nichts von derjenigen der Erwachsenen. Man findet gleiche spezifische und neuropathische Heredität, gleiche Läsionen und Symptome, gleiche Evolution. Nur in den Details findet man gewisse Unterschiede. Was die anatomischen Läsionen anbetrifft, so werden von Moussous, als der kindlichen Periencephalitis charakteristisch, angeführt: 1. Häufige Teilnahme der Dura mater am entzündlichen Prozesse und Verwachsungen derselben mit dem Schädeldache; 2. Verwachsungen der beiden Hirnhälften untereinander; 3. Eine leichte Dilatation der Hirnventrikel mit Vermehrung der cephalo-rachidianen Flüssigkeit; 4. Eine ausgesprochene Neigung zur Atrophie der betroffenen Hirnwindungen. Die allgemeine Paralyse des jugendlichen Alters befällt hauptsächlich Imbezille und Idioten.

Die Krankheit verläuft viel langsamer als beim Erwachsenen, auch zeigt sie nur selten Remissionen. Die Periencephalitis des jugendlichen Alters bewirkt ein Zurückbleiben in der physischen Entwicklung und in Verbindung damit auch ein solches in sexueller Beziehung. Megalomanische Ideen kommen in der Kindheit nicht so selten vor als man gemeinhin annimmt, da man dieselben in 12 bis 14 % der Fälle vorfindet, nur mit dem Unterschiede, daß sie, dem Alter entsprechend, oft bescheidenen Umfang haben, sogenannte kleine Größenwahnideen.

E. Toff (Braila).

E. Thoma, Leicht abnorme Kinder. (Allg. Zeitschr. f. Psych. Bd. 62. Heft 4.) Neben den geistesschwachen, den epileptischen und gemütsentarteten Kindern fallen unter den Begriff der leicht abnormen, auch die Kinder mit Störungen, die den Neurosen Erwachsener nahestehen bzw. mit diesen identisch sind. Es sind Störungen, die sich unter den Hauptgruppen der kindlichen Neurasthenie, Hysterie und Chorea minor zusammenfassen lassen. Was zunächst die Neurasthenie betrifft, so steht hier das von Emminghaus als Neurasthenia cerebralis der Kinder bezeichnete abgeschlossene Krankheitsbild an der Spitze. Meist hat man es jedoch nicht mit einem solchen zu tun, sondern mit einzelnen Erscheinungen, die in das Gebiet der Neurasthenie gehören. Dies sind zunächst die Zwangsvorstellungen und Phobien, die schon bei Erwachsenen, mehr aber noch bei Kindern auf neuropathische Veranlagung hindeuten. Manche Phobien (Furcht vor Spinnen, Mäusen, Ekel vor gewisser Nahrung) stehen den Idiosynkrasien nahe und unterscheiden sich vom Normalen nur durch die Dauer und Intensität der Reaktion. Ihren Ausgangspunkt können sie von einem einmaligen, starken, psychischen Eindruck nehmen. Dagegen sind die echten Zwangsvorstellungen wie beim Erwachsenen

häufig. Auch die krankhafte Skrupulosität gehört hierher. Mit den Zwangsvorstellungen verwandt sind die Tics, die sich bis zur Maladie des Tics convulsifs steigern können, deren erstes Symptom aber lediglich in Zerstreutheit und Unaufmerksamkeit bestehen kann. Ebenso wie die Tics deuten eine Reihe von vorwiegend vasomotorischen Erscheinungen auf das Vorhandensein der neuropathischen Anlage und sind deshalb als Warnungssignal wichtig (Erröten, Erblassen, partielle Gefäßparesen, Nesselausschläge, nervöses Herzklopfen und Erbrechen usw.). Die Therapie ist in allen diesen Fällen vom Verf. nur kurz angedeutet, und wird neben einer allgemeinen hygienisch-diätetischen, stets eine ärztliche pädagogische Behandlung empfohlen. An die Tics schließen sich gewisse mehr im psychischen Gebiet liegende Erscheinungen an: die pathologische Träumerei, in der die Pseudologia phantastica ihren Ursprung haben kann. Ferner gehört hierher das triebartige Davonlaufen, der Wandertrieb, die Poriomanie, die den Wanderungen Epileptischer und Hysterischer ähnlich ist, gerade bei Kindern, aber auch auf Grund einfacher Psychasthenie vorkommen kann und sich zuweilen an eine Mißstimmung, eine Dysphorie anschließt. Verf. wendet sich dann zur Hysterie, die bei Kindern wohl stets auf erblicher Anlage beruht und angeboren ist. Die sichersten Erscheinungen sind Krämpfe, die früher häufig irrtümlich der Dentition zugeschrieben wurden, ferner Lähmungen und Kontrakturen, Zornparoxysmen, Ohnmachten, Strabismus usw. Bei zunehmendem Alter werden die Erscheinungen immer mehr denen bei Erwachsenen ähnlich, vor allem auch die Ausbildung des hysterischen Charakters. Wichtig sind auch hier die ersten, oft hervorragenden Erscheinungen, die Hysterie in statu nascendi, die sich bei den Kindern zuweilen nach einem Schrecken oder im Rekonvaleszenzstadium von akuten Krankheiten zeigen und um so leichter ihren hysterischen Charakter verbergen, als die Hysterie hier häufig monosymptomatisch auftritt. Auch bei Chorea minor, die ebenfalls meist auf nervösem Boden erwächst, wird die ausgebildete Erkrankung wegen ihrer typischen Muskelunruhe bzw. Bewegungen auch von Eltern und Lehrern kaum übersehen. Dagegen sind im Beginne die Erscheinungen oft wenig ausgeprägt und werden daher oft verkannt, zumal auch stets der Charakter der Kinder verändert ist. Bei allen Ausführungen betont Verf. die Wichtigkeit des Beachtens der Initialsymptome als Warnungssignale, aus welchen auf das Vorhandensein einer psychopathischen und psychasthenischen Konstitution geschlossen werden kann. Der zweite Teil der Arbeit behandelt die allgemeinen Prinzipien, die bei Bekämpfung dieser Äußerungen einer abnormen Anlage im Kindesalter in Betracht kommen. Da eine Besserung gewisser ätiologisch wichtiger Faktoren, z. B. die Vermeidung von Ehen konstitutionell kranker Personen vorläufig nicht zu erwarten sein dürfte, so ist ein möglichst frühzeitiges Erkennen der kranken Anlage nötig, da, wenn überhaupt, im Beginne noch bessernd auf diese eingewirkt werden kann. Zur Feststellung der abnormen Kinder wird dann eine möglichst ausgiebige, auch auf das Land ausgedehnte Kontrolle durch psychiatrisch und psychologisch vorgebildete Schulärzte empfohlen. Die Behandlung selbst richtet sich gegen die kranke Konstitution und

soll heilend und erziehend zugleich wirken. Sie muß daher eine ärztlich pädagogische sein. Neben sorgfältiger Körperpflege, wobei Ruhe, Diät, Gymnastik, Bewegungsspiele, Hydrotherapie eine Rolle spielen, ist vor allem die Erziehungsmethode wichtig. Man nimmt jetzt allgemein an, daß der übliche Fachunterricht sich für viele geistig abnorme Kinder nicht eignet, vielmehr für solche eine von individual-psychologischen Prinzipien ausgehende Erziehungsmethode anzuwenden ist. Sowohl die ärztliche Behandlung von kranken Kindern der obenerwähnten Kategorien, als auch die genannte Erziehungsmethode, wird sich in vielen Fällen nur in einer entsprechend geleiteten Anstalt durchführen lassen. Verf. empfiehlt daher in einem Schlußsatz:

1. Ausgiebige Anstellung psychiatrisch und psychologisch vorgebildeter Schulärzte.
2. Schaffung von Anstalten nach obigem Prinzip.

Kurt Mendel (Berlin).

R. Hecker, Über Verbreitung und Wirkung des Alkoholgenusses bei Volks- und Mittelschülern. (Münch. med. Wochenschrift. 1906. Nr. 12.) H. stellte in München an vier großen Volksschulen mit 4652 Kindern und einer Mittelschule mit 428 Schülern Erhebungen an. Es fanden sich da 13,7 % Abstinente, 55,3 % regelmäßig Alkohol Genießende, 4,5 % richtige Trinker und 6,4 % Schnapstrinker. Es ergab sich nun für alle vier Schulen, daß Hand in Hand mit Zunahme des Alkoholgenusses ging die Verschlechterung der Fortgangsnote, der Note für Fleiß und Verschlechterung des Auffassungsvermögens, endlich daß der Alkoholgenuß auch ein Zurückbleiben des Längenwachstums des Körpers zur Folge hat. Grätzer.

Sommer (Gießen), Ein Kurs der medizinischen Psychologie mit Bezug auf Behandlung und Unterricht der angeboren Schwachsinnigen für Ärzte und Pädagogen. (Psych.-neurol. Wochenschrift. 1905. Nr. 20.) Eine eindringliche Beschäftigung mit medizinischer Psychologie und genaues Studium der psychophysischen Organisation der angeboren Schwachsinnigen ist erforderlich. S. schlägt daher vor, im Anschluß an den II. Kongreß für experimentelle Psychologie (10.—13. April 1906), sowie an den ungefähr zu gleicher Zeit stattfindenden Kongreß für Kinderkunde, Kindererziehung und Jugendfürsorge in Frankfurt a. M., also in der zweiten Hälfte des April 1906, einen Kurs der medizinischen Psychologie mit Bezug auf Behandlung und Unterricht der Imbezillen abzuhalten, zumal die erwähnten Kongresse vornehmlich von psychologisch interessierten Ärzten und Pädagogen besucht sein werden. Vorträge über Idiotie, Idiotenanstalten, Familienpflege, Hilfsschulen, Zwangserziehung, jugendliches Verbrechertum u. a. sowie experimental-psychologische Übungen und Anstaltsbesichtigungen sollen die Tagesordnung bilden. Verf. bittet um event. Anmeldung zu solchen Kursen. Kurt Mendel (Berlin).

Ignác Fischer, Unterbringung der Imbezillen in Spezialanstalten. (Klinikai füzetek. 1905. Nr. 1.) Autor unterscheidet aktive (aggressive) und passive (ungefährliche) Imbezille. Er plaidiert

für Einrichtung von Spezialanstalten für diese, im Interesse der Individuen und der Institute, in die sie bis jetzt untergebracht waren.

Ernst Deutsch (Budapest).

Treitel, Über die Beziehungen von Imbezillität und Taubstummheit. (Arch. f. Psych. Bd. 39. Heft 2.) Unter 43 vom Verf. untersuchten Taubstummen waren sieben selbst imbezill und fünf hatten imbezille Geschwister, drei stammten von geistig gestörten Müttern ab.

Als Ursache des häufigen Zusammenvorkommens von Taubstummheit und Imbezillität findet man zumeist hereditäre Anlagen, sei es, daß in der Aszendenz ähnliche Erkrankungen vorkamen, sei es, daß die Vorfahren an degenerierenden Krankheiten gelitten haben. Unter letztere spielt die Syphilis und der Alkohol eine große Rolle sowohl für die Taubstummheit wie für die Idiotie.

In gebirgigen Gegenden ist mit dem Idiotismus der Kretins sehr häufig Taubstummheit verbunden.

Verf. bespricht dann des näheren den Einfluß der Konsanguinität der Erzeuger auf Imbezillität und Taubstummheit. Er nahm zu diesem Zwecke Veranlassung, eine Statistik anzustellen, wie die Anzahl der Verwandten-Ehen unter Juden in Berlin zu den Verwandten-Ehen der anderen Konfessionen sich verhalten. Von 19946 Ehen im Jahre 1899 waren 15421 evangelisch und 621 jüdisch. Im ganzen fanden sich bei den evangelischen 90 Verwandten-Ehen und bei den jüdischen acht. Im Jahre 1900 kamen auf 20756 Ehen in Berlin 15990 evangelische und 594 jüdische Ehen, darunter unter Verwandten ersterer 98 und letzterer 12. Der Durchschnittssatz der Verwandten-Ehen im Verhältnis zum Tausend aller Ehen betrug für die evangelischen 6,1 und für die jüdischen 19,6, also über 3mal so viel. Bei den Juden gibt es aber auch zweifellos mehr Taubstumme und Imbezille und Idioten als bei den anderen Konfessionen.

Im Interesse der Hygiene läge es, wenn Verwandten-Ehen bis zu einem gewissen Grade verboten würden. Ehen zwischen Geschwisterkindern, zwischen Onkel und Nichte, Tante und Neffen dürften gesetzlich nicht erlaubt sein.

Kurt Mendel (Berlin).

J. van der Kolk u. Jansens, Außergewöhnliche Hypermnesie für Kalenderdaten bei einem niedrigstehenden Imbezillen. (Allg. Zeitschr. f. Psychiatrie. Bd. 62. Heft 3.) Verff. berichten über einen Fall einseitiger Begabung bei einem niedrigstehenden Imbezillen. Letzterer zeichnet sich aus durch den Kontrast zwischen der hohen Entwicklung des Gedächtnisses für einige nichtssagende Dinge und dem tiefen Niveau, auf dem das übrige seiner Persönlichkeit steht. Der nunmehr 35jährige Patient ist seit dem dritten Lebensjahre deutlich geistig minderwertig, er war durch seine Plagsucht im Hause der Eltern so lästig, daß er in seinem siebenten Lebensjahre einer Irrenanstalt überwiesen wurde. Als er ca. 14 Jahre alt war, fiel dem Vater das besondere Interesse des Sohnes für Geburtstage und Kalenderdaten auf. Während er z. B. 2 + 2 mit 5, 2 + 3 mit 3, 8 — 4 mit 3 ausrechnete und völlig urteilslos war, wußte er von jedem Datum der Jahre 1903, 1904, 1905 den dazu gehörenden

Wochentag, er gibt die Geburtstage und Lebensalter der fürstlichen Personen, soweit sie im Kalender stehen, richtig an, weiß Namen, Geburtstage, Alter fast aller Mitkranken, sowie des ganzen Pflegepersonals usw. Er sammelt leidenschaftlich Schilder von Abreißkalendern und gibt beim Vorzeigen derselben sofort an, von welchem Jahre sie sind und von wem er sie erhalten hat.

Alles vom Patienten Geleistete ist einfache Gedächtnisarbeit.

Die große Intensität des partiellen Gedächtnisses bei dem im übrigen zerstreuten und vergeßlichen Imbezillen hat nach Verff. ihren Grund in dem hypertrophischen Interesse des Patienten für die erwähnten Daten und mit in dem Umstande, daß seine Erinnerungsbilder sozusagen das ganze Gebiet des Gehirns für sich allein haben; bei Rechenkünstlern nimmt — wie Beobachtungen ergaben — die spezielle Fähigkeit des Rechnens sichtlich ab, sobald Erinnerungsbilder anderer Art aufgenommen wurden.

Für den Patienten gibt es außer den Kalenderdaten nichts auf dieser Welt, er denkt an nichts anderes als an Kalender- und Jahrestage und stärkt somit dauernd sein Gedächtnis für diese Dinge. Er gebraucht für seine Erinnerungsbilder sowohl Gehörs- wie auch Gesichtseindrücke.

Kurt Mendel (Berlin).

Karl Schaffer, Zur Pathogenese der Tay-Sachsschen amaurotischen Idiotie. (Neurol. Zentralblatt. 1905. Nr. 9 u. 10.) Bezüglich der Pathogenese der Tay-Sachsschen amaurotischen Idiotie hat sich Verf. auf Grund von sieben Eigenbeobachtungen dieser Krankheit folgende Auffassung gebildet: Der Umstand, daß die Sachsschen Gehirne keine grobanatomische Abweichung zeigen, ferner die klinische Tatsache, daß die manifeste Erkrankung nach einem mehr oder minder langem Spatium von relativer Gesundheit auftritt, deutet daraufhin, daß die Sachssche Erkrankung ein ab ovo nicht krankes Zentralnervensystem befällt. Doch der Umstand, daß nach einer gewissen Zeit ein progressiver Verblödungsprozeß eintritt und verläuft, dessen Teilerscheinung die Opticusatrophie ist, zusammengefaßt mit der generellen primären Nervenzelldegeneration, welche als solche das pathologisch-histologische Substrat für die Idiotie abgibt, läßt logischerweise die Annahme machen, daß in den Fällen von Sachsscher Idiotie das gesamte Zentralnervensystem (selbstverständlich in seinen nervenzelligen Elementen) derart abnorm und extrem schwach veranlagt ist, daß es die mit der Funktion einhergehenden physiologischen Abnutzungen nicht zu ersetzen vermag, die ungemein schwach veranlagten Nervenzellen erschöpfen sehr bald und unterliegen einem progressiven Entartungsprozesse, welcher zum Untergang der Ganglienzellen mit darauffolgende Gliahyperplasie führt.

Der springende Punkt ist nach Verf. die primäre Nervenzellenerkrankung, welche als solche schon den Gedanken einer Zellabnutzung rechtfertigt. Dadurch, daß die Abnutzung auf sämtliche Nervenzellen sich erstreckt, wird die Verblödung leicht begreiflich. Die Erkrankung der Pyramidenbahn ist gleichfalls aus der generellen Rindendegeneration erklärlich, welche infolge ihrer wahllosen Ausbreitung auch die Zentralwindungen betrifft. Die Erblindung im Verlauf der Sachs-

schen Krankheit ist gleichfalls auf einen kortikalen Ursprung zurückzuführen und dieselbe als eine Seelenblindheit aufzufassen.

Alles zusammengefaßt, ist die Sachssche amaurotische familiäre Idiotie in jene Gruppe von Edingers Aufbrauchkrankheiten zu reihen, welche durch die subnormale Veranlagung — wodurch auf die Dauer die normale Funktion unerträglich wird — entstehen. Nur ist die Sachssche Krankheit keine Mischform der Aufbrauchkrankheiten — „direkter Defekt und allmählicher Aufbrauch eines zu schwach angelegten Apparates“ (Edinger) — da nach den bisherigen Erfahrungen der direkte Defekt gar keine oder infolge seiner Seltenheit und Belanglosigkeit eine ganz untergeordnete Rolle spielt. Sicherlich repräsentiert aber die Sachssche Krankheit ein klassisches Beispiel der Edingerschen Aufbrauchkrankheiten. Kurt Mendel (Berlin).

H. Göllner (Hermannstadt), Über einen Fall von Kretinismus. (Wiener klin. Wochenschrift. 1905. Nr. 52.) G. schildert die sehr günstigen Erfolge, die er mit Schilddrüsenbehandlung bei einem 11jährigen Kinde erzielt hat. Das Kind bekam die Jodothyrintabletten à 0,3 g (Bayer & Co., Elberfeld), täglich 1/2 Tablette nach dem Mittagessen (daneben Zimmergymnastik, viel Bewegung in frischer Luft, Salzbäder). Schon nach wenigen Wochen überraschender Erfolg. Steigerung der Dosis auf täglich 1 Tablette, nach 1 1/2 Jahren auf 2 Stück. In den 3 Jahren der Behandlung wuchs Patient um 27 1/2 cm, der kretinöse Typus schwand, die Bewegungen wurden leicht und gefällig, Patient wurde physisch außerordentlich leistungsfähig und die geistige Entwicklung machte rapide Fortschritte usw.

Grätzer.

Bayon, Hypophysis, Epiphysis und peripherische Nerven bei einem Fall von Kretinismus. (Neurol. Zentralblatt. 1905. Nr. 4.) Verf. konstatierte in der Hypophysis, in der Epiphysis und im peripherischen Nervensystem eines 25 jähringen Kretins folgende Abweichungen von der Norm:

a) Hypophysis: Vermehrung der Zahl der chromophilen Zellen, Vermehrung des Kolloids; einzelne Zysten haben einen Durchmesser von über 500 μ, ihre Wand ist durch eine einfache Lage von flachgedrückten Zellen gebildet, die bindegewebigen Septa sind dicker als sonst. Die Bindegewebsbalken sind gänzlich frei von Drüsenelementen und scheinen teilweise verdichtet zu sein. Es fehlen die hochgradigen, zweifellosen, atrophischen Veränderungen, welche Ponfick in seiner Myxödemhypophyse beschrieben hat.

b) Epiphysis: Dieselbe war relativ frei von Sand, enthielt nur einzelne ganz kleine Körner, die stark basophil waren. Die Septa zwischen den einzelnen Follikeln waren relativ sehr spärlich, sämtliche Zellen färbten sich leicht und deutlich. Das Bild erinnerte an puerile Verhältnisse.

c) Die Veränderungen am peripherischen Nervensystem sind nicht streng typisch und können mit dem psychischen Zustand kaum in Zusammenhang gebracht werden. Kurt Mendel (Berlin).

E. Fromm, Sektionsbefund bei einem Fall von Mongolismus. (Aus der k. Universitätskinderklinik München.) (Monats-

schrift f. Kinderheilkunde. August 1905.) Als einziger bemerkenswerter Befund ergab sich deutliche Hypoplasie der Schilddrüse.

Grätzer.

M. Chartier, Mongolisme avec malformation cardiaque rare. (Archives de méd. des enf. 1906. Nr. 2.) Der 11 monatliche Knabe bot in seiner Kopfbildung das Bild des typischen Mongolismus und einen vollkommenen Mangel intellektueller Entwicklung dar. Der Tod erfolgte infolge von Gastroenteritis und Bronchopneumonie und wurde bei der Sektion folgender Herzbefund verzeichnet. Es bestand nur ein Vorhof oberhalb des linken Ventrikels und ein Herzohr an der linken Seite des arteriellen Bündels. An der rechten oberen Seite des Vorhofes ergoß sich eine Hohlvene und an der linken unteren Seite mündeten drei Lungenvenen in denselben. Das erwähnte Atrium stand mit beiden Ventrikeln in Verbindung, ebenso auch die beiden Ventrikel untereinander. Die Pulmonalarterie war auffallend schmal und hatte dicke, das Lumen noch verkleinernde Klappen; die Aorta nahm ihren Ursprung aus beiden Herzkammern und empfing wahrscheinlich auch die Hauptmenge des gesamten Blutstromes. C. gibt an, in der medizinischen Literatur nur einen einzigen identischen Fall gefunden zu haben, den Méry in den Mémoires de l'Academie des sciences de Paris, 1700, beschreibt. E. Toff (Braila).

B. Konrad, Ein Fall von Jackson-Epilepsie. (Gyógyászat. 1905. Nr. 30.) Bei einem 11 Jahre alten Kinde zeigten sich Assymmetrie des Gesichtes, Krämpfe und Herdsymptome, die auf eine Erkrankung des untersten Teiles des Gyrus centralis schließen ließen; Augenspiegelbefund negativ. Sowohl bei der Operation, wie bei der nach Jahren vorgenommenen Obduktion war der Befund absolut negativ. Dies soll zur Vorsicht in der Diagnosenstellung mahnen.

Ernst Deutsch (Budapest).

J. Finckh, Beiträge zur Lehre von der Epilepsie. (Arch. f. Psych. u. Neur. Bd. 39. Heft 2.) Verf. studierte 250 Epileptikerkrankengeschichten (164 bei Männern, 86 bei Frauen) der Tübinger psychiatrischen Klinik durch und prüfte dieselben besonders bezüglich der Ätiologie und des Verlaufes der Epilepsie, der Beziehungen der Eclampsia infantum zur Epilepsie, der Prodromalerscheinungen des epileptischen Insults, der epileptischen Zustände, der traumatischen und der Spätepilepsie.

Verf. kommt zu folgenden Schlußfolgerungen:

A. bezüglich der Ätiologie: Die Ursachen der Epilepsie sind vorbereitende und auslösende. Nach den ersteren kann man, ätiologisch betrachtet, mehrere Arten von Epilepsie unterscheiden, eine genuine, eine Epilepsie nach fieberhaften oder ansteckenden Krankheiten (Meningitis, Scharlach usw.), aus organischen Ursachen, nach Trauma, Alkoholmißbrauch. Das klinische Bild dieser Epilepsien schließt sich in seinen wesentlichen Erscheinungen der genuinen Epilepsie an; ausgenommen sind solche von einer organischen Ursache ausgegangenen Epilepsien, deren Sitz auf lokale Herde hinweist, insofern als die Herdsymptome im körperlichen Befund und in Anfällen

neben typisch epileptischen hervortreten können. — Die wichtigste Ursache der Epilepsie ist die hereditäre Belastung, die bei ca. $^3/_4$ der Fälle genuiner Epilepsie gefunden wurde, die aber entsprechend dem konstitutionellen Charakter der Krankheit in allen Fällen genuiner Epilepsie sensu strictiori vorhanden sein dürfte. Bei $^1/_3$ der Fälle tritt die Neigung zu direkter Vererbung der Epilepsie hervor. Bei der hereditären Belastung überwiegt das mütterliche Element. Sie macht sich auch im späteren Alter noch geltend. — Neben den prädisponierenden gibt es auslösende Ursachen der Epilepsie: fieberhafte Krankheiten des Kindesalter, Trauma, Schwangerschaft, Wochenbett, Laktation, gemütliche Bewegungen, physiologische Vorgänge des täglichen Lebens. Sie sind die Ursachen für die Verbreitung des ersten epileptischen Anfalls, und ihrer Natur und Schwere nach verschieden. — $^2/_3$ aller und $^4/_5$ der Fälle von genuiner Epilepsie kamen in den 20 ersten Jahren zum Ausbruch. Der Grund liegt wohl hauptsächlich in der größeren Vulnerabilität des jugendlichen Gehirns, sowie in dem Einfluß der Pubertät, der beim weiblichen Geschlecht etwas größer ist als beim männlichen. — Etwa 70 % der weiblichen Kranken des Materials des Verf.s litten an genuiner Epilepsie, während ihre Frequenz bei den Männern nur 47,6 % betrug, was auf die Bedeutung der anderen ätiologischen Faktoren, besonders Trauma und Alkohol, beim männlichen Geschlecht hinweist.

B. bezüglich der Beziehungen der Eclampsia infantum zur Epilepsie: Es bestehen zwischen der Eclampsia infantum und der Epilepsie insofern Beziehungen, als beide auf dem Boden einer meist durch hereditäre Belastung entstandenen erhöhten Reizbarkeit und verminderten Widerstandsfähigkeit des Gehirns erwachsen. Da diese Irritabilität des Gehirns mit der Schwere der Belastung zunimmt und gerade die schweren Grade derselben für die Epilepsie in Betracht kommen, kann man annehmen, daß die Eklampsie besonders häufig und stark in den ersten Lebensjahren des Epileptikers auftritt. — Die Eklampsie kann das infolge mangelhafter Entwicklung und Veranlagung widerstandsunfähige Gehirn derart schädigen, daß sie eine wichtige Ursache der Epilepsie werden kann. — Die Eclampsia infantum ist kein selbständiges Krankheitsbild, sondern nur ein Symptomenkomplex, der lediglich aus einem mit Krämpfen und Bewußtlosigkeit einhergehenden Anfall besteht und dessen Erscheinung von bestimmten äußeren Ursachen abhängig ist. Sie hat mit der Epilepsie nur die Grundlage der pathologischen Minderwertigkeit des Gehirns gemeinsam und weicht in allen übrigen Punkten von dem Bild der Epilepsie wesentlich ab.

C. bezüglich der Prodromalerscheinungen des epileptischen Anfalls: 1. Das prämonitorische Stadium ist eine relativ seltene Erscheinung. Es ist nicht zu erwarten vor Anfällen, die durch plötzlich einwirkende Gelegenheitsursachen ausgelöst werden. Es ist etwa in $^1/_4$ der Fälle genuiner, traumatischer und alkoholischer Epilepsie in Verf.s Zusammenstellung angegeben und ein Zeichen der zunehmenden epileptischen Erregung, die auf ihrer Höhe Aura und Anfall hervorruft. Es ist also mit dem Anfall eng verbunden und dessen erstes, entfernteres Symptom. Es ist bei den einzelnen

Kranken nicht immer eine konstante Erscheinung; es findet sich vornehmlich vor Serienanfällen und voll ausgebildeten Krampfattacken. — 2. Die Aura ist wesentlich häufiger, bei genuiner Epilepsie in 87,8 % der Fälle des Verf.s. Da wo sie vorhanden war, zeigte sie sich in 74 % ziemlich regelmäßig und gleichförmig; nur in 14 % der Fälle genuiner Epilepsie war ein Wechsel der Aura vorhanden. Sie war die Einleitung des Insults zumeist vor Krampfanfällen, besonders voll ausgebildeten und fand sich bei Epilepsien jeglicher Genese. Ihre häufigsten Symptome waren in der genuinen Epilepsie psychische, allgemeine, viszerale, sensible und Schwindelerscheinungen, in der traumatischen Epilepsie überwog die motorische und bei der alkoholischen die visuelle Aura und Schwindel. — 3. Die Hemmung des epileptischen Anfalls ist eine seltene, meist nur in der Aura des Anfalls beobachtete Erscheinung. Sie erfolgt nur infolge von Gegenreizen (meist motorischer oder sensibler Natur) nach dem Gesetz der Reflexhemmung durch Einschaltung von Leitungswiderständen. Bei Kupierung der Anfälle durch den Willen liegt wahrscheinlich auch eine motorische Wirkung zugrunde. Die Kupierung des epileptischen Anfalls erfolgt somit nach anderen Gesetzen wie diejenige des hysterischen, deren Hauptmoment die psychische Beeinflussung ist. Die willkürliche Produktion und Hemmung von Anfällen ist daher nach wie vor ein der Hysterie zukommendes Charakteristikum und ein wichtiges differentialdiagnostisches Mittel gegen die Epilepsie.

D. bezüglich der epileptoiden Zustände: Dieselben sind nicht pathognomonisch für Epilepsie, kommen vielmehr auch bei einer Reihe funktioneller und organischer Störungen des Zentralnervensystems und anderer körperlicher Organe vor. Sie haben meist auraartigen Charakter oder derartige Begleitsymptome. Physiologisch stellen sie die in ihrer Intensität leichtesten Erregungsentladungen im Gehirn des Epileptikers dar. Epileptisch bedingt ist der epileptische Zustand, wenn der Nachweis echter epileptischer Attacken erbracht ist. Für seine epileptische Natur spricht der hartnäckige, torpide Charakter des epileptischen Zustandes.

E. bezüglich des Verlaufs der Epilepsie: Die Epilepsie beginnt und verläuft im allgemeinen mit um so schwereren Erscheinungen, je früher sie einsetzt. Die häufigsten Anfallsformen sind die Krampfanfälle, auf welche der Häufigkeit nach epileptische Zustände, Petit mal und Äquivalente folgen. Meist treten die Insulte zur Nachtzeit auf. Bei mehreren Kranken knüpfte sich der erste Anfall an die Menstruation, nicht selten waren vor und nach den Menses die Anfälle häufiger. Tendenz zu gehäuften Anfällen findet man um so eher, je früher die Epilepsie ausbricht. Postepileptische Verwirrtheitszustände fanden sich in 34,5 % der Fälle, häufiger bei der Frühform der Epilepsie, als bei der Spätepilepsie, und zahlreicher nach gehäuften als nach einzelnen Anfällen. Prognostisch ist die postepileptische Verwirrtheit meist von schlechter Bedeutung. Erheblichere geistige Schwächezustände waren in 45 % vorhanden, besonders zahlreich bei den in den ersten 15 Lebensjahren Erkrankten und bei gehäuften Anfällen. Demenz fehlte bei Petit mal-Anfällen.

F. bezüglich der traumatischen Epilepsie: Sie fand sich

in 44 % der Fälle, in 56 % der Fälle waren neben dem Trauma noch andere Ursachen (Heredität, Krankheiten, Alkohol usw.) vorhanden. Die traumatische Epilepsie ist beim männlichen Geschlecht und in der Jugend wesentlich häufiger. Ihr Charakter ist zumeist ein schwerer; in 57,5 % fanden sich geistige Störungen erheblicher Art. Der Ausgang in Demenz ist bei der traumatischen Epilepsie häufiger als bei der genuinen, besonders im jugendlichen Alter. Psychische Traumen wirken nur als auslösende Momente bei bestehender Prädisposition.

G. bezüglich der Spätepilepsie: Sie ist da vorhanden, wo die Anfälle frühestens am Ende des 25. Jahres zum ersten Male auftreten, ist bei Männern häufiger, oft Folge von Alkohol, Trauma, Lues, Arteriosklerose usw. Heredität findet sich in $^2/_3$ aller Fälle. Ihr Verlauf ist im allgemeinen milde. Kurt Mendel (Berlin).

Schmidt, Beschreibung des Schädeldaches eines wegen Epilepsie operierten Kindes. (Psych.-neur. Wochenschrift. 1905. Nr. 40.) Es handelt sich um eine 12 $^1/_2$ jährige hochgradige Idiotin mit häufigen epileptischen Krämpfen. Wegen letzterer wurde das Kind im jugendlichen Altar operiert, wobei das Gehirn bloßgelegt wurde. Auf den Verlauf der Krämpfe und der geistigen Entwicklung hatte die Operation keinen Einfluß. Das Kind starb an einer Lungenentzündung. Die Sektion ergab die von der Operation herrührenden Knochennarben, sowie eine starke Verdickung und Trübung der Dura, welche an den Knochennarben kolossal dicke und feste Auflagerungen aufwies, letztere waren mit den Narben ganz fest verwachsen, so daß sie mit dem Messer abgetrennt werden mußten. Diese dicken Narben der Dura, die Folgen einer auf Beseitigung eines Rindenreizes ausgehenden Operation, illustrieren am besten die Unzweckmäßigkeit des operativen Eingriffs bei Epilepsie.

Kurt Mendel (Berlin).

Gallus, Behandlung der Epilepsie nach Ceni. (Psych.-neur. Wochenschrift. 1905. Nr. 7.) Cenis Verfahren besteht in der Injektion von Serum, das von anderen Epileptikern oder den damit zu behandelnden gewonnen wurde. Verf. versuchte nun diese Kur an drei Epileptikern, gab ihnen jedoch gegen Ende der Serumkur 2 Monate hindurch täglich 4—6 g Brom. Der Erfolg der Behandlung war, obwohl sie genügend lange ausgedehnt wurde und beträchtliche Serummengen injiziert werden, fast gleich null: in psychischer Beziehung blieben die drei Kranken völlig unverändert, die Zahl der Anfälle blieb gleichfalls im wesentlichen unbeeinflußt. Nur das Körpergewicht stieg nicht unerheblich (4—7 kg). Kurt Mendel (Berlin).

Benninger, Einiges über Lithium carbonicum bei Epilepsie. (Psych.-neur. Wochenschrift. 1905. Nr. 12.) Verf. gab gegen Epilepsie pro die 1,0—1,5 Lithium carbonicum, hatte jedoch keinerlei Erfolg, auch nicht, wenn es mit Brom kombiniert gegeben wurde. Von einer Heilung der Epilepsie nach mindestens ca. 3monatlicher Dauer der Lithiumbehandlung in aufsteigenden Dosen (mit oder ohne Brom) kann nicht die Rede sein. Kurt Mendel (Berlin).

C. de Lange, Jactatio capitis nocturna (Swoboda). (Ned. Tydsch. v. Geneesk. 1905. Bd. 2. S. 1112.) Im Jahrbuch für Kinderheilkunde Bd. 62 Heft 1 hatte Zappert unter dem Namen „Nächtliche Kopfbewegungen bei Kindern“, eine klinische Studie veröffentlicht über ein Syndrom, welches charakterisiert ist durch eigentümliche Bewegungen des Kopfes im Schlafe bei Kindern. L. hatte nun Gelegenheit, auch sechs derartige Fälle zu beobachten. Unter diesen sei folgender typische Fall erwähnt. Ganz normales Mädchen von 5 1/2 Jahren. Nervöse Eltern. Im Alter von 1 1/2 Jahr fangen die nächtlichen Kopfbewegungen an und dauerten gewöhnlich von 10—1 Uhr. Dabei lag das Kind in oberflächlichem Schlafe auf dem Rücken und warf den Kopf von links nach rechts in regelmäßigen Bewegungen, etwa wie die des Pendels einer Glocke. Im tiefen Schlafe hörten diese Bewegungen auf. Es kamen anfallsweise Intervalle vor von mehreren Wochen. Bei den Bewegungen stieß der Kopf so gewaltsam gegen die Seiten des Bettes, daß die Schläge im angrenzenden Zimmer hörbar waren. Nach dem Erwachen konnte am Kinde nichts Abnormes bemerkt werden. Diese Anfälle dauerten etwa bis zum fünften Lebensjahre.

Das Leiden bietet einige Ähnlichkeit mit Spasmus nutans. Während die Jactatio aber durch den Willen beherrscht werden kann, ist das nicht der Fall beim Spasmus nutans. Dabei zeigen sich die Bewegungen bei Spasmus nutans gewöhnlich nicht im Schlafe. Ebenso wie Zappert, glaubt L., daß es sich bei diesem Syndrom handelt um eine sogenannte Stereotypie, d. h. eine koordinierte Bewegung, welche den Eindruck einer intendierten, angewöhnten Bewegung macht, und welche anfänglich bewußt und unwillkürlich, später aber unbewußt und automatisch auftritt, so wie z. B. das Nägelkauen, das Saugen an den Daumen usw. Graanboom (Amsterdam).

Giovanni Raffaele, Über Tremor bei Säuglingen. (La Pediatria. Mai 1905.) In drei Fällen beobachtete Verf. Tremor bei Säuglingen, die dyspeptisch erkrankt waren; mit dem Verschwinden der Dyspepsie verschwand auch der Tremor. In dem einen klinisch beobachteten Fall konnte man konstatieren, daß mit dem Rezidivieren der Darmerkrankung auch der Tremor wieder auftrat, um mit dem Nachlassen jener sich wieder zu bessern. Im zweiten Fall bestanden außer der Dyspepsie schwere rachitische Erscheinungen. Im zweiten und dritten Fall war Nystagmus, im zweiten außerdem auch Strabismus vorhanden. Der Tremor hielt in einem Fall 25, im anderen 40 Tage an. Verf. glaubt, daß er sich um eine Autointoxikation intestinalen Ursprungs handelte. F.

E. Urbach, Zur Kasuistik des Intentionstremors bei Kindern. (Aus dem Kinderambulatorium und Krankenkrippe in Prag.) (Deutsche med. Wochenschrift. 1905. Nr. 42.) Bei Kindern finden sich äußerst selten Fälle, wo Bleivergiftung sich ausschließlich in Intentionstremor kenntlich macht. U. beobachtete zwei derartige Fälle, die nach dem Harnbefunde, auf Grund des Verlaufes und unter Ausschluß anderer Krankheiten nur als Bleitremor aufzufassen waren. Bei einem

dritten Kinde mit Intentionstremor vermutet U. zwar auch Bleiintoxikation, doch war nichts nachweisbar. Ein vierter Fall, der noch andere Symptome einer nervösen Minderwertigkeit zeigte und seit Jahren unverändert sich hielt, ist nach U.s Ansicht ein an der Grenze des Physiologischen stehender Fall von hereditärem oder familiärem Zittern.

Grätzer.

L. Habert, Les convulsions dans la grippe chez l'enfant. (Thèse de Paris. 1905.) Eklamptische Anfälle sind im Laufe einer Influenza keine seltene Erscheinung beim Kinde und beruhen nicht, oder nur in den allerseltensten Fällen auf einer anatomischen Läsion des Zentralnervensystems, sondern vielmehr auf einer Reizung desselben durch die spezifischen Toxine. Daher ist auch der Übergang in Heilung als die Regel zu betrachten.

Was die Behandlung anbetrifft, so werden, außer der Therapie der Grundkrankheit, noch feuchte Einpackungen empfohlen, welche beruhigend und kräftigend einwirken.

E. Toff (Braila).

H. Makelarie, Ein Fall von hysterischem Singultus. (Spitalul. 1905. Nr. 19.) Das betreffende 16jährige Mädchen war infolge eines Schreckens erkrankt und dies bestand darin, daß sie täglich nachmittags, meist zwischen 4 und 6 Uhr, Anfälle von Singultus bekam, die durch keine der üblichen Medikationen zu beeinflussen waren; die Zahl derselben betrug täglich über 100. Die Therapie bestand in der Suggerierung, daß die Anzahl der Anfälle von Tag zu Tag abnehmen werde und sie mit dem Zählen und Aufschreiben derselben betraute. Dies geschah auch und nach 6 Wochen konnte die Kranke geheilt entlassen werden, nachdem einmal, infolge eines psychischen Affektes, vorübergehend eine Verschlimmerung eingetreten war.

E. Toff (Braila).

W. Jaworski, Anorexia nervosa sub forma hysterica. (Sitzung der Gesellschaft der Ärzte in Krakau vom 5. Juli 1905.) Ein 13jähriger Knabe soll vor ein paar Wochen eine nicht näher definierbare Krankheit durchgemacht haben. Seit dieser Zeit klagt er über ein eigentümliches zusammenziehendes Gefühl im Abdomen und im Schlunde, welche Sensationen ihn am Schlucken verhindern.

Selbst Flüssigkeiten werden ausgespieen mit der Angabe, sie nicht schlucken zu können. Gewicht des Patienten 19 kg. Alle Beredungsversuche scheiterten, so daß zur Ernährung mit der Sonde gegriffen wurde. Nach einem Monat wiegt Patient 27,5 kg, ißt freiwillig, klagt bloß über leichte Nausea, ohne sonst irgendwelche Abnormitäten darzubieten.

Gabel (Lemberg).

K. Beck, Abdominale Scheingeschwülste bei hysterischen Kindern. (Aus der chirurg. Universitätsklinik in Rostock.) (Monatsschrift für Kinderheilkunde. März 1905.) Diese Geschwülste haben zweifellos großes praktisches Interesse, indem sie durch falsche Beurteilung zu schweren Mißgriffen in der Behandlung führen können. B. beschreibt zwei solche Fälle, von denen der eine sogar behufs Vornahme einer Operation der Klinik überwiesen worden war.

Bei dem 13jährigen Mädchen fing vor 2 Jahren die Oberbauchgegend anzuschwellen an, und diese Anschwellung soll allmählich zugenommen haben. Seit dieser Zeit auch Klagen über Leibschmerzen, sonst aber keine Störungen des Allgemeinbefindens, Appetit gut, Stuhlgang normal. Patient wird behufs Entfernung eines Abdominaltumors in die Klinik geschickt. Ausgesprochen neuropathischer Habitus, leidender Gesichtsausdruck. Abdomen im Epigastrium bis zum Nabel hin kugelig gewölbt, wo die tumorartige Anschwellung in einer nach unten konvexen Linie abschließt. Untere Partie des Bauches kahnförmig eingezogen, Bauchmuskulatur daselbst straff gespannt. Tumor von weich-elastischer Konsistenz, zeigt keine Fluktuation, ist auf Druck angeblich sehr schmerzhaft, Perkussionsschall über ihm tympanitisch gedämpft. Bei längerer Beobachtung zeigt sich, daß die Größe der Geschwulst wechselt. Leber und Milz in normalen Grenzen. Mobilität und Sensibilität intakt, Reflexe allenthalten lebhaft. Temperatur normal, auch sonst Befund durchaus negativ. Diagnose wird mit Rücksicht auf den ausgesprochen hysterischen Habitus in Verbindung mit dem eigenartigen lokalen Befund gestellt auf Scheingeschwulst, hervorgerufen durch Anfüllung des Magens mit verschluckter Luft bei partieller Kontraktion der Bauchdeckenmuskulatur. Psychische Behandlung. Nach Suggerierung der eintretenden Heilung leichte Äthernarkose, in der sofort durch Druck auf die Oberbauchgegend unter Entweichen von Luft aus dem Mund die Geschwulst verschwindet. Abdomen bleibt von da ab normal, Patient ist wie umgewandelt und bleibt auch gesund.

Der zweite Fall betraf ein 9jähriges, früher nie krank gewesenes Mädchen, das seit einem Jahr Leibschmerzen hat, verdrießlich ist, schlechten Appetit hat, abmagert, dabei ein Dickerwerden des Bauches erkennen läßt. Ausgesprochene Facies hysterica. Abdomen stark aufgetrieben, besonders im Epigastrium, gibt überall tympanitischen Schall, ist auf Druck angeblich sehr empfindlich. Umfang in Nabelhöhe 74 cm. Bauchmuskeln kontrahiert. Auf Geheiß, den Leib weich zu machen, entspannt Patient dieselben und es bleibt nur eine mäßige Erhebung in der Oberbauchgegend bestehen. Man bemerkt nun deutlich, wie Patient Luft schluckt und die Geschwulst größer wird; allmählich wölbt sich auch wieder die Unterbauchgegend vor. Motilität und Sensibilität intakt, Bauchreflexe fehlen, Gaumenreflex herabgesetzt. Temperatur normal, desgleichen der sonstige Befund. Gleiche Diagnose wie bei Fall 1, ebenso Therapie von gleichem Erfolge.

In beiden Fällen war der Pseudotumor in der Oberbauchgegend durch Anfüllung des Magens mit verschluckter Luft verursacht, dagegen dürfte der Meteorismus der Unterbauchgegend nicht durch großen Gasgehalt der Därme bedingt gewesen sein, sondern durch abnorme Kontraktionszustände in der Muskulatur der Bauchdecken, denn in der Narkose fiel der Leib schnell und vollkommen zusammen, wobei durch Druck auf ihn nur Luft aus dem Munde entwich, nicht aber aus dem After.

Man wird bei Abdominaltumoren verdächtigen Charakters stets an Hysterie denken müssen, die man oft den kleinen Patienten schon auf den ersten Blick anmerkt. Im Notfall muß die Diagnose ex juvantibus gesichert werden, indem der schnelle Erfolg einer suggestiven Behandlung es unzweifelhaft macht, daß Hysterie vorliegt.

Grätzer.

Néble, Astasie-abasie chez une enfant hystérique. (Revue mens. des maladies de l'enfance Juin 1905.) Das betreffende Mädchen hatte geistige Überanstrengungen in der Schule durchgemacht und bekam plötzlich in der Kasse Zittern des Kopfes und der Arme. Der Zustand verschlimmerte sich in den folgenden Tagen, es traten Halluzinationen hinzu, Furchtgefühl, Schlaflosigkeit, endlich entwickelte sich eine vollständige Abasie und Astasie.

Die Behandlung bestand hauptsächlich in Wachsuggestion, lauwarmen Bädern, Brom und Chloral, vollständige Abstinenz von geistiger

Beschäftigung, und konnte nach wenigen Wochen Heilung erzielt werden.

E. Toff (Braila).

André Moussous u. R. Cruchet (Bordeaux), Über eine klinische Form der Keuchhustenlähmungen. (Archives de méd. des enf. Januar 1905.) Paralytische Störungen als Komplikationen des Keuchhustens sind öfters beschrieben worden und gehören nicht zu den Seltenheiten. Man findet meistens bei der Nekropsie anatomische Läsionen im Zentralnervensystem, meningeale Blutungen, Blutungen im Gehirne oder Rückenmarke, Erweichungen, Encephalitis, oder allgemeine Meningitis.

In anderen Fällen scheinen die Läsionen nicht zentral zu sitzen und die Erscheinungen weisen auf Veränderungen in den peripheren Nerven hin. Von derartigen Fällen sind bis nun nur vier bekannt, denen die Verff. noch einen fünften eigener Beobachtung hinzufügen. Es handelte sich um ein $2^1/_2$ jähriges, rachitisches Kind, welches im Verlaufe eines Keuchhustens, während eines heftigen Hustenanfalles, plötzlich das Bewußtsein verlor und Konvulsionen bekam. Beim Erwachen wurde konstatiert, daß das Kind die Sprache verloren hatte und schlecht ging. Der Gang wurde von da ab von Tag zu Tag immer schlechter und endlich ganz unmöglich. Bei der Untersuchung wurde eine allgemeine symmetrische Lähmung der Extremitäten gefunden, welche, was allgemeine Anordnung, elektrische Reaktion, Reflexerregbarkeit usw. betraf auf peripheren Sitz hinwies. Hingegen schien die Aphasie zentralen Ursprunges zu sein. Es ist nicht unmöglich, daß auch das Rückenmark einige Veränderungen aufweist, doch dürften dieselben nicht sehr ausgesprochen und der Zustand eher als eine Polyneuritis aufzufassen sein. Die Behandlung bestand in Salzbädern, Liq. Fowleri innerlich und wurde durch 4 Monate fortgesetzt. Die Resultate waren sehr gute, indem das Kind wieder zu sprechen anfing und die Bewegungen fast vollkommen wiederkehrten, nur eine leichte Unsicherheit war noch zur Zeit der Veröffentlichung zurückgeblieben.

E. Toff (Braila).

Emil Bovin (Schwede), Über die während der Entbindung entstandene Armplexusparalyse bei dem Fötus. (Hygiea. 1905. Nr. 3.) Anläßlich eines näher beschriebenen Falles bespricht der Verf. die verschiedenen Weisen, auf welche das Leiden entstehen kann. Die Prognose ist nicht ungünstig. In verzweifelten Fällen kann Operation indiziert werden (Exzision des Narbengewebes zwischen dem fünften und sechsten Zervikalnerv nebst Nervensutur).

Adolph H. Meyer (Kopenhagen).

L. P. Clare, A. S. Taylor and **T. D. Prout**, A Study on Brachial Birth Paralysy. (American Journal of the Medical Sciences. Oktober 1905.) Eine gründliche Arbeit über die Armlähmungen beim Neugeborenen.

Als Ursache solcher geburtshilflichen Lähmungen geben die Verff. die Zerrung und Zerreißung des betreffenden Nervenstammes an. Der Arzt soll daher jeden gewaltsamen Zug am kindlichen Rumpf oder Kopf vermeiden.

Diese Lähmungen bleiben oft bestehen, was sich aus dem pathologisch-anatomischen Befund ergibt.

Sieht man daher, daß keine Spontanheilung eintritt, so ist ein operatives Eingreifen angezeigt. Man exzidiert die Narbe und vereinigt die Nervenenden wie auch sonst bei peripherischen Nervenverletzungen.

Stets soll aber die Behandlung von Anfang an, noch ehe man weiß, ob der Fall zur Operation kommen werde, darauf zielen, etwaige Kontrakturen und Deformitäten zu verhüten (durch passive Gymnastik, Massage usw.)

Man kann in der Regel ein Jahr zu warten, ehe man sich zur Operation entschließt. Leo Jacobi (Neuyork).

E. Wehrli (Frauenfeld), Über die Beziehungen der während der Geburt entstehenden Retinalblutungen des Kindes zur Pathogenese des Glioma retinae. (Korrespondenzblatt f. Schweizer Ärzte. 1905. Nr. 2.) W. zeigt, wie sich die Genese des Glioms ableiten läßt von persistierendem Embryonalgewebe, welches durch schädigende Einflüsse, am häufigsten traumatische Zerreißungen und Blutungen der Retina bei der Geburt, in Wucherung versetzt wird. Diese schädlichen Einflüsse, die hier in der Mehrzahl der Fälle in Frage kommen, sind die mannigfachen Insulte, welchen das kindliche Auge während des Passierens der Geburtswege ausgesetzt ist, und welche nachgewiesenermaßen sehr häufig und fast ausschließlich die Retina in Mitleidenschaft ziehen.

So erklärt es sich leicht, daß die meisten Fälle von Gliom bei Kindern im ersten Lebensjahre vorkommen, in den späteren Jahren immer seltener werden. Die Geburtstraumen müssen selbstverständlich nicht in allen Fällen ätiologisch mitgewirkt haben; es kommen angeborene Glioma vor, für die wohl intrauterine Traumen und entzündliche Veränderungen in Frage treten.

Auch das exquisit familiäre Auftreten des Glioms, unter Ausschluß der Heredität, spricht in ganz entschiedener Weise für Einwirkung einer einheitlichen Noxe, und da gibt nach unseren heutigen Kenntnissen diese Annahme von durch ein und dieselbe Anomalie verursachten Geburtstraumen die ungezwungenste Erklärung, vor allem das am häufigsten zu retinalen Blutungen führende enge Becken und andere, die Geburt protrahierende Abnormitäten.

Auch das Vorkommen des Tumors gleichzeitig in beiden Augen wird verständlich, wenn man sich daran erinnert, daß die retinalen Geburtsblutungen fast regelmäßig doppelseitig auftreten.

Den Vorgang der Tumorbildung hat man sich wohl in folgender Weise vorzustellen: Die einwirkende Schädlichkeit, am häufigsten Geburtstraumen, welche mit retinalen Blutungen verknüpft sind, die ihrerseits Zerreißungen und Gewebszertrümmerungen verursachen, rufen an den getroffenen Stellen eine reaktive Zellwucherung hervor, welche zur Heilung des Schadens tendiert. Treten bei dieser Gelegenheit nur definitiv differenzierte Zellen in Aktion, so wird der Prozeß innerhalb gewohnter Bahnen vor sich gehen und mit erfolgter Heilung den endgültigen Abschluß finden. Ganz anders

gestaltet sich aber der Vorgang im Auge des Neugeborenen, wenn durch grobes Trauma in den Wucherungsprozeß jene in der Netzhaut nachgewiesenen gehäuften unvollendeten embryonalen Zellgruppen einbezogen werden, welchen wohl noch eine bedeutend intensivere Wachstumsenergie innewohnt; dann können die Teilungsvorgänge die normalen Grenzen überschreiten, das Wachstum ein atypisches werden, die Proliferation in unzweckmäßiger Weise vor sich und die Zellvermehrung ins Ungemessene gehen. Das Trauma allein genügt also zur Tumorbildung nicht; ebensowenig die Persistenz embryonaler Keime für sich allein. — Vielleicht kommt noch ein weniger wichtiges, drittes Moment in Frage, das sich unserer Untersuchung entzieht, eine erhöhte Reaktionsfähigkeit der Gewebe auf lädierende Einflüsse, wie sie z. B. in der Bildung von Narbenkeloiden ihren Ausdruck findet.

Nach dem Gesagten ist es klar, daß es eine Prophylaxe gibt, was — bei dem familiären Vorkommen des Glioms — für den Hausarzt von größter Wichtigkeit ist.

Ist in einer Familie ein Kind an Gliom erkrankt, so ist in erster Linie vom Hausarzt nach Anomalien der Geburtswege der Mutter oder sonst nach Ursachen für den protrahierten Verlauf des Geburtsaktes zu forschen und es wird dann Sache des Geburtshelfers sein, die folgenden Schwangerschaften genau zu überwachen und für einen möglichst raschen und glatten Verlauf der späteren Geburten zu sorgen, um so alle Chancen für das Auftreten des Glioms bei den später geborenen Kindern nach Möglichkeit zu vermindern. Bei engem Becken wäre für die folgenden Kinder eine Indikation für Einleitung der Frühgeburt gegeben. Grätzer.

B. Salge, Die Bedeutung der Infektion für den Neugeborenen und Säugling. (Berliner klin. Wochenschrift. 1906. Nr. 10.) Der Neugeborene ist zunächst am Nabel leicht Infektionen ausgesetzt, die Versorgung der Nabelschnur ist daher eine wichtige Aufgabe. Man arbeitet hier am besten mit Alkohol, der ein ausgezeichnetes Antiseptikum und zugleich Austrocknungsmittel ist; er wird seit Jahren auf der Kinderklinik der Kgl. Charité zu Nabelverbänden benutzt. Der trockene Nabelschnurrest ist nicht mehr als Nährboden für Bakterien geeignet. Eine besondere Gefahr für Infektion bringt aber die Zeit, in der die Nabelschnur sich demarkiert und abfällt. Tritt Infektion ein, so spielt — neben geeigneter Lokalbehandlung — die Ernährung mit Frauenmilch eine wichtige Rolle; ohne sie ist Erfolg kaum zu erwarten. Die bakterientötende Kraft des Säuglingsblutes ist ja bei Ernährung an der Brust annähernd doppelt so groß, als bei künstlicher.

Eine andere Eingangspforte der Sepsis ist der Mund. Allerdings bietet die intakte Schleimhautdecke einen ausgezeichneten Schutz. Leider glauben manche noch, das Auswischen des kindlichen Mundes nicht entbehren zu können. Dies Auswischen, das bei sauberer Pflege des Kindes ganz unnötig ist, ist ein Unfug; es schafft erst Infektionsquellen. Ein mit sauberen Händen angefaßtes und sauber gepflegtes Kind bekommt keinen Soor, auch wenn der Mund nicht ausgewischt wird.

Nun zur Nase. Ein Schnupfen ist beim Säugling eine gefährliche Krankheit. Es schließen sich an denselben nicht selten schwere eitrige Prozesse an der Rachenwand, Abszesse und Phlegmonen an, das Kind geht schließlich an Pyämie zugrunde. Es kann ja ein Schnupfen beim Säugling auch die einzige sichtbare Erscheinung der Diphtherie sein; der Rachen erscheint oft intakt, das Fieber ist gering oder fehlt, und doch kann die Diphtherie, mit Übergehung des Rachens, direkt auf den Kehlkopf übergreifen. Aber auch einfacher Schnupfen gefährdet das Kind und kann es, da die Nahrungsaufnahme behindert ist, enorm herunterbringen. Man kann versuchen, die Nase freier zu machen durch Einpulverungen, z. B. von Natr. sozojodolic. (50 $^0/_0$) oder von einem Schnupfpulver, z. B. Pulv. Resin. benz. Sehr gut verwendbar sind die Nebennierenpräparate, namentlich die Soloid. Hemisin-Tabletten zu 5 mg. Man löst eine solche Tablette, so daß man eine Lösung der wirksamen Substanz 1:1000 enthält, tränkt damit Wattetampons und führt diese 3—4 mal täglich für $^1/_2$ Stunde ein. Die Nasenatmung wird dann frei und das Kind kann trinken.

Auch die Furunkulose bringt die Kinder sehr zurück, man muß sie rasch zu beseitigen suchen. Beim Öffnen der Furunkel bedecke man diese und ihre Umgebung mit einer zähen Salbe, damit der Eiter nicht die gesunde Haut berührt. Man bade die Kinder in Kal. permang. 1:1000 oder noch besser Acid. tannic. 1:1000 und bedecke Hautstellen, die mit kleinen Furunkeln und Pusteln besetzt sind, mit Formalinverbänden (1:1000). Grätzer.

A. Jacobi, A Case of Sepsis in the Newly Born Infant. (Archives of Pediatrics. Bd. 22. Nr. 11.) J. beobachtete diesen Fall in concilium mit Baran. Die Eltern des Kindes litten an keinen konstitutionellen Krankheiten. Vom 4. bis zum 10. Tage schied das Kind mit dem Urin harnsaure Infarkte aus. Am 8. Tage wurde es ohne Unfall rituell beschnitten. Kleine purpurische Flecken erschienen an den Extremitäten am 9. und Hämaturie am 12. Tage. Die Nabel fiel erst am 15. Tage ab, war wund und blutig. Das Kind starb den nächsten Tag. Sektion erwies folgendes: Kleine hämorrhagische Exsudate im Pericardium und in den Lungen; umschriebene Blutflecke an der Magenmucosa. Linke Niere 2 mal so groß als normal und ein wenig nach unten gesunken, die Kapsel von Blut durchdrungen, kleine Gerinnsel zwischen Kapsel und Niere; mehrere kleine harnsaure Infarkte in den Pyramiden. Rechte Niere ein wenig vergrößert. J. glaubt, daß die Infektion von der Nabel aus entstand und empfiehlt strenge Asepsis. H. B. Sheffield.

C. Porak et **G. Durante** (Paris), Infections ombilicales du nouveau-né. (Archives de méd. des enf. 1905. Nr. 8.) Die Nabelinfektionen sind noch immer häufig, wenn man dieselben nicht nur auf Grund klinischer Zeichen feststellt, sondern die Resultate systematischer Autopsien in Betracht zieht. Die Berührung der Nabelwunde mit unreinen Händen, Instrumenten, Wäschestücken, das Baden des Kindes in nicht ganz reinem Wasser und nicht desinfizierten Wannen sind die hauptsächlichsten ätiologischen Momente der in

Rede stehenden Infektion. Von Mikroorganismen konnten die Verff. den Streptokokkus, den Staphylokokkus, Pneumokokkus und einen dem Perluidus albus von **Deguy** und **Legros** ähnlichen Diplokokkus kultivieren. Das Vorfinden des Bact. coli muß mit Vorsicht aufgenommen werden, da derselbe eine rasche und leichte Diffusion nach dem Tode zeigt. Die Infektion kann sowohl von der Schnittwunde des Nabelstranges als auch von der Insertionsstelle desselben am Nabel, vor oder nach dem Abfallen stattfinden; dieselbe kann sich auf dem Wege der Lymphgefäße oder der Blutkapillaren weiter verbreiten. Unter den allen Nabelinfektionen gemeinsamen Symptomen sind: a) Fieber, b) gastrointestinale Erscheinungen, c) Ikterus. Letzterer ist entweder Folgeerscheinung einer wirklichen Septikämie oder auf die von den Mikroben sezernierten Toxine zurückzuführen, welche zur Bildung einer akuten Hepatitis oder einer fettigen Degeneration der Leber Veranlassung geben. Die anatomischen und klinischen Formen, unter welchen die Nabelstranginfektionen in Erscheinung treten kann, sind folgende:

1. Infektion und Fäulnis des Nabelstranges. 2. Serös-eitrige und hämorrhagische Exsudationen namentlich an der Insertionsstelle des Nabelstranges. Späte Nabelblutungen haben fast immer einen septikämischen Ursprung und sind meist auf eine umbilicale Arteriitis oder Phlebitis zurückzuführen. 3. Die Nabelgranulation und der Fungus des Nabels sind gestielte, bis kirschengroße Gebilde, welche ein übelriechendes Exsudat absondern. 4. Die Lymphangitis, welche während oder nach der Abstoßung des Nabelstranges auftritt. 5. Das Erysipel, welches zwischen 2. und 3. oder am 15. Tage auftritt, ist heute selten und gibt immer eine schlechte Prognose; dasselbe wird namentlich dann beobachtet, wenn auch die Mutter an Infektion leidet, daher in solchen Fällen das Neugeborene immer von derselben zu isolieren ist. 6. Die einfache Nabelentzündung ist eine leichte Form der Infektion. Die Nabelphlegmone von **Bouchut**, die diphtherische und ulzero-gangränöse Infektion des Nabels werden heute kaum noch beobachtet. 8. Abszesse. Dieselben können in verschiedener Größe im ganzen Verlaufe der Nabelgefäße und auch an der unteren Fläche der Leber angetroffen werden, doch sind dieselben während des Lebens kaum nachzuweisen und werden meistens erst bei der Sektion vorgefunden. Eine Lieblingsstelle dieser Abszesse ist die Umbiegungsstelle der Nabelgefäße unmittelbar unter der Hautnarbe. Meist geht von hier aus die Infektion in den Gefäßen weiter und führt zu einer tödlichen Septikämie, seltener bricht die Eiteransammlung nach außen durch und der Zustand endet in Heilung. 9. Die Nabelseptikämie ist entweder sekundär als Folge einer der erwähnten Formen, oder dieselbe tritt als selbständige Krankheit auf. Oft ist der Verlauf derselben ein derart akuter, daß man bei der Nekropsie keinerlei Veränderungen der Nabelgefäße vorfindet und auch an den inneren Organen außer einer allgemeinen Kongestion keinerlei krankhafte Lokalisationen nachweisen kann. In anderen Fällen handelt es sich um Bronchopneumonien und namentlich um Entzündungen und fettige Degenerationen der Leber. Eitrige Lokalisationen findet man in verschiedenen Organen, aber nur in den Fällen

mit langsamem Verlaufe. 10. Die Nabelwunde kann als Eingangspforte für die Tetanusbazillen dienen und ist dies eine in gewissen Ländern, namentlich Südamerika (und wie wir hinzufügen, auch Rumänien), außerordentlich stark verbreitete Todesursache der Neugeborenen. Die Krankheit tritt meist am vierten Tage nach der Geburt auf; der Trismus erscheint am dritten und der Tod erfolgt am folgenden Tage unter allgemeinen Konvulsionen.

In therapeutischer Beziehung spielt die Prophylaxis die Hauptrolle; die Kinder sollen nur dann vor dem vollständigen Vernarben des Nabels gebadet werden, falls man über aseptisches Wasser und eine ebensolche Badewanne verfügt. Der Verband des Nabelstranges soll mit steriler Gaze oder Watte gemacht und so oft gewechselt werden als er beschmutzt wird. E. Toff (Braila).

Chartier (Paris), Omphalorragie. Traitement par le Sérum gélatiné. Guérison. (Archives de méd. des enf. Août 1905.) C. gibt die Beobachtung eines Neugeborenen, welcher 2 Tage nach dem Abfalle der Nabelschnur eine schwere Nabelblutung darbot, welche durch Kompressivverbände, Kauterisierung mit Argentum nitricum und Aufstreuen von Antipyrin nicht gestillt werden konnte, aber auf Einspritzung von 20 ccm Gelatineserum erheblich nachließ und auf eine ebensolche, am folgenden Tage gemachte Injektion vollständig stillstand.

Die benützte Lösung wurde durch Auflösen von 25 g Gelatine in 1000 g Hayemsches Serum und Sterilisierung bei 120° hergestellt.

E. Toff (Braila).

V. Chlumsky, Ein neues Nabelbruchband für Kinder. (Przeglad lekarski. 1905. No. 46.) Von der Überlegung ausgehend, daß die Behandlung der Nabelhernien bei kleinen Kindern mit Heftpflasterverbänden oder den bis nun konstruierten Bruchbändern unzulänglich ist, ging Verf. daran, eine neue Art des Bruchbandes zu konstruieren. Dabei ging Ch. von der Voraussetzung aus, daß die bisher gebrauchten Apparate mangels festen Stützpunktes keinen genügenden Halt am Abdomen haben, zumal an der anzuwendenden Stelle die größte Masse der leicht beweglichen und den Druck nicht vertragenden Weichteile vorhanden ist.

Verf. nimmt ein gewöhnliches Leistenbruchband, armiert die Pelotte mit einer elastischen Feder, deren Dicke und Stärke dem Alter des Kindes angepaßt ist, und heftet am anderen Ende dieser schief gegen den Nabelbruch aufsteigenden Feder eine zweite ovale — ganz flache — 6—8 ccm im Durchmesser haltende Pelotte an, welche auf die Hernia umbilicalis zu liegen kommt. Die Erfolge sollen sehr befriedigend ausgefallen sein. Gabel (Lemberg).

B Sperk, Über ein einfaches Säuglingsbad. (Aus der k. k. pädiatr. Klinik in Wien.) (Münchener med. Wochenschrift. 1905. Nr. 48.) Auf der Säuglingsabteilung der Wiener Kinderklinik sind sog. „Korbbetten“ von ovaler Form in Verwendung. Der Korb ruht auf einem weiß lackierten eisernen Gestell, das sich in zweckmäßiger Weise mit Hilfe eines Leintuches und eines Gummistoffes in ein

Säuglingsbad verwandeln läßt. Man legt über den ovalen Rahmen des Bettgestelles ein Leintuch, knüpft dieses mit beiden Enden unter dem Rahmen fest und legt darüber den Gummistoff. So hat jeder Säugling mit dem Bett seine eigne Badewanne, die leicht zu reinigen ist.

Zur Improvisation (auf Reisen!) genügen zwei gewöhnliche Holzstühle, die mit den Knieseiten zusammengestellt werden. Nachdem die Füße derselben zusammengebunden sind, wird über die Lehnen ein Leintuch, das ja überall zu haben ist, gefaltet, die Enden geknüpft oder mit großen Sicherheitsnadeln zusammengehalten. Darüber kommt das Gummituch, das man bei sich führen muß, am besten über einen runden Stab gerollt. Grätzer.

F. Landois, Zur Physiologie des Neugeborenen. (Monatsschrift für Gynäkologie u. Geburtshilfe. Bd. 22. Heft 2.) L. teilt an der Hand von Tabellen Beobachtungen mit, welche er in der Univers.-Frauenklinik zu Greifswald an 50 Neugeborenen in bezug auf die Körpergewichtsverhältnisse und die täglich aufgenommenen Nahrungsmengen in den ersten zehn Lebenstagen gemacht hat. Er unterscheidet dabei zwischen spät abgenabelten und früh abgenabelten und ikterischen Kindern und Kindern im allgemeinen; unter letzteren befinden sich einmal solche Kinder, bei welchen mit Absicht auf die Zeit der Abnabelung keine Rücksicht genommen ist, ferner auch spät- und früh abgenabelte durcheinander, aber keine ikterischen. Die Kinder sind bis auf einziges sämtlich reine Brustkinder. L. kommt auf Grund seiner Beobachtungen zu folgenden allgemeinen Schlußfolgerungen: Frühabnabelnng und Ikterus ist eine Schädigung für den Organismus des Kindes. Je schwerer ein Kind bei der Geburt ist, um so weniger nimmt dasselbe (prozentualiter seines Initialgewichts) ab und um so eher erreicht es sein Anfangsgewicht. Die Kinder Mehrgebärender verhalten sich günstiger gegenüber denjenigen Erstgebärender. Betreffs des Geschlechtsunterschiedes nehmen die Mädchen zu Anfang mehr ab, dann bekommen die Mädchen über die Knaben einen Vorsprung und am Anfangsgewicht fehlt ihnen weniger. Ein Säugling trinkt durchschnittlich bei der ersten Mahlzeit am ersten Lebenstage 5 g, Maximum 50 g, Minimum 0 g. Die durchschnittliche Stundenzahl, nach der ein Kind zum erstenmal post partum trinkt, ist 14 Stunden, Maximum 2 Stunden, Minimum 26 Stunden. Die Größe der täglich aufgenommenen Nahrungsmengen reiner Brustkinder ist (nach Prozenten gerechnet) direkt proportional der Größe des Geburtsgewichtes bei reichlich vorhandener Nahrung. Spät abgenabelte Kinder trinken mehr wie früh abgenabelte.

Hailmann (München).

Ch. Jaume, De la perte de poids du nouveau-né. (Thése de Lyon. 1904.) Der Verf. hat an 450 Neugeborenen Untersuchungen über den Gewichtsverlust nach der Geburt angestellt und ist zu folgenden Resultaten gelangt. Im allgemeinen ist der Verlust auf die ersten 2 Tage beschränkt und beträgt für die Kinder Erstgebärender im Mittel 242 g und für die Kinder Mehrgebärender 233 g. Diese Zahlen gelten für normale Neugeborene; schwächliche Kinder

verlieren nur 184 g von ihrem Gewichte. Je kräftiger das Kind, um so größer relativ ist der betreffende Gewichtverlust. Das Alter der Mutter und eventuell bestehende Albuminurie haben keinerlei Einfluß auf den Gewichtsverlust und die darauffolgende Zunahme der Neugeborenen. Hingegen findet man bei hereditärer Lues, daß der Gewichtsverlust viel größer ist, länger dauert und die Zunahme kaum merklich ist, so daß man aus diesem Umstande auf das Bestehen dieser hereditären Krankheit schließen und eine entsprechende Behandlung einleiten kann. Alle diese Untersuchungen wurden an Kindern vorgenommen, welche alle 3 Stunden die Brust erhielten; sie zeigen keinen Unterschied gegenüber jenen Kindern, welche 2stündlich gesäugt wurden. E. Toff (Braila).

P. ter Maten, De Kindergewichten in ne universiteitsvrouwenkliniek te Amsterdam. (Die Körpergewichte der in der Universitäts-Frauenklinik geborenen Kinder. (Inauguraldissertation. Amsterdam 1904.) Pinard hatte schon gefunden, daß Frauen, welche bis zu den letzten Tagen der Gravidität an der Arbeit blieben, früher entbinden, und daß ihre Neugeborenen ein niedrigeres Körpergewicht haben als in den Fällen, wo die Frau sich längere Zeit vor der Entbindung nicht mit ihrer regelmäßigen Arbeit beschäftigt.

M. kommt bei seinen Untersuchungen an Frauen und ihre Neonaten in der Universitäts-Frauenklinik zu denselben Resultaten als Pinard. Graanboom (Amsterdam).

III. Aus Vereinen und Versammlungen.

Pädiatrische Sektion der Gesellschaft für innere Medizin und Kinderheilkunde in Wien.

Sitzung vom 15. Februar 1906.

Neurath zeigt ein 6wöchentliches Kind, welches schon gleich nach der Geburt **rechtsseitige Fazialislähmung** und eine Reihe von anderen Mißbildungen und nervöse Störungen aufwies.

Der Kopf ist kugelförmig, der Schädel zeigt zahlreiche Verknöcherungsdefekte, die Ohrmuscheln sind knorpellos, es fehlt das Ohrläppchen. Die Nasenwurzel erscheint eingesunken. Die Lippen sind atrophisch, das Gaumensegel weicht nach rechts ab. Pupillen reagieren prompt, es besteht Nystagmus. Die Stimme ist eigentümlich verändert, wie bei einer Stimmbandlähmung.

Die nervösen Symptome lassen sich durch die Diagnose „kongenitaler Kernschwund" (Möbius) erklären. Nach Heubner handelt es sich in solchen Fällen um Kernagenesie (Kernmangel ohne Zeichen eines Schwundes). N. denkt auch an die Möglichkeit einer zerebralen Mißbildung anderer Art.

Neurath demonstriert weiter ein 6jähriges Mädchen mit **Sklerodermie.** Das Kind erkrankte vor 2 Monaten mit einer Schwellung der linken Gesichtshälfte.

Anfangs wurde die Erkrankung als Mumps aufgefaßt. Die Verhärtung an der Wange verbreitete sich jedoch immer mehr. Jetzt erscheint die Haut des ganzen Gesichtes, der Brust infiltriert. An den unteren Extremitäten ist die Verdichtung geringer. Die Haut fühlt sich derber an, läßt sich schwerer in Falten legen. Öffnen und Schließen des Mundes gelingt weniger gut. Die feinere Struktur der Haut ist nicht verändert. Dieser Fall gehört in das erste Stadium der Sklerodermie (Infiltration). Die Hautdecke zeigt noch keine atrophischen Veränderungen. N. weist auf die Seltenheit der Sklerodermie im Kindesalter hin, überdies komme gerade das erste Stadium nur ausnahmsweise zur Beobachtung.

Rach demonstriert das anatomische Präparat eines kleinapfelgroßen gefäßreichen polymorphkernigen **Sarkomes der linken Kleinhirnhemisphäre** mit Infiltration der Meningen und erbsengroßen Metastasen im Rückenmarke. Das Präparat stammt von einem 5jährigen Knaben, der 4 Wochen vor dem Tode im Anschlusse an ein Trauma (Fall auf das Hinterhaupt) mit zerebralen Erscheinungen erkrankte.

Schlesinger weist in der Diskussion auf die Tatsache hin, daß diese Sarkome ungemein rasch wachsen, stets das Kleinhirn mit ergreifen und regelmäßig zur Infiltration der Meningen führen, die manchmal nur mikroskopisch nachweisbar sei. Die Symptome während des Lebens können eine Infektionskrankheit vortäuschen, da die Erkrankung öfter mit Fieber verläuft.

Lehndorff zeigt einen 8jährigen **Handgänger**. Der Knabe hatte im ersten Lebensjahre eine Poliomyelitis durchgemacht, die zur fast völligen Lähmung der unteren Extremitäten führte. Im weiteren Verlaufe entwickelte sich eine Beugekontraktur der Hüftgelenke und eine Lordose der Lendenwirbelsäule. Patient geht mit den Händen, wobei er das etwas gebrauchsfähige linke Bein als Stütze verwendet.

Durch orthopädische Apparate und gleichzeitige Übungstherapie gelingt es, solche Kinder zum aufrechten Gange zu bringen.

Grüner hält einen Vortrag: **„Über den Einfluß des Kochsalzes auf die Hydropsien im Kindesalter“.**

Nach zahlreichen Untersuchungen der letzten Jahren ist bei Nephritis und bei Stauungsniere die Ausscheidung der Chloride durch die Niere gestört und die Retention derselben führt, um das osmotische Gleichgewicht aufrecht zu erhalten, zu pathologischer Wasseransammlung im Organismus und zu Ödemen.

Widal, der durch reichliche Kochsalzzufuhr bei Nephritis direkt Ödeme zu erzeugen vermochte, empfahl daher 1903 zur Behandlung der stets mit Kochsalzretention verbundenen Ödeme die sogenannte kochsalzarme oder chlorarme Diät, die seither in Frankreich vielfach und mit Erfolg angewendet wird. Man setzt die Kost zusammen aus Milch, ungesalzener Milchspeise, Obst und Kompott, ungesalzenem Brot mit Butter, Honig usw.

G. machte seine Versuche bei einem schweren inkompensierten Vitium mit Ödemen. bei zwei akuten und zwei chronischen parenchymatösen Nephritiden und endlich bei zwei gesunden Säuglingen. Seine Resultate lauten:

Die kardialen Ödeme schwanden bei chlorarmer Diät in geradezu kritischer Weise und konnten in geringem Maße durch reichliche Kochsalzzugabe sowie durch gewöhnliche gemischte Diät wieder hervorgerufen werden. Die Körpergewichtskurve geht hier der Chlorretention vollkommen parallel.

Auch bei Nephritis führten plötzliche Steigerungen in der Kochsalzzufuhr — auch bei gleichbleibender Wasseraufnahme — in der Regel zu mäßigen, meist vorübergehenden hydropischen Gewichtssteigerungen, die der Chlorretention nicht immer parallel gingen und auch nicht immer durch chlorarme Diät prompt zum Abfall gebracht werden konnten.

Bei interstitieller Nephritis ergab sich eine andauernde Neigung zu einer Chlormehrausscheidung ohne entsprechenden Gewichtsabfall. Wahrscheinlich wurde hier eine Retention chlorurée sèche im Sinne Ambard bei chlorarmer Diät zur Ausscheidung gebracht.

Es scheint somit (auch nach Kövesi, Roth, Schulz) gerade bei schwer erkrankter Niere die Chlorretention nicht immer von der entsprechenden, das osmotische Gleichgewicht wieder herstellenden Wasserretention begleitet zu sein, sondern dieselbe häufig zu überwiegen.

Auch bei einem $2^1/_2$ Monate alten, gesunden Säugling konnte G. durch plötzliche Steigerung der täglichen Chlornatriumzufuhr vorübergehende bedeutende

Chlor- und Wasserretention erzielen. Offenbar konnte die Niere die ungewohnt großen Chlormengen nicht sofort eliminieren.

Bei erkrankter Niere ist nach Nagelschmidt die Ausscheidung einer größeren überschüssigen Kochsalzabgabe noch mehr verzögert und anscheinend um so mehr, je schwerer die Niere erkrankt ist. Größere Mengen können überhaupt nicht vollständig ausgeschieden werden und führen zur Retention.

Nach Kövesi-Roth-Schulz läßt sich die Entstehung von Ödemen aus einer Chlorretention folgendermaßen erklären:

Sowohl bei diffuser Nierenerkrankung als auch bei Stauungsniere besteht eine Insuffizienz des Glomerulusapparates, wodurch sowohl die Wasserausscheidung als auch die Ausscheidung der Salze — von diesen ist das Kochsalz das wichtigste und reichlichste — gestört erscheint. Die Retention der Chloride führt (nach v. Korányi) zu vermehrter Wasseranziehung der Körperflüssigkeiten, zur Wasserretention im Blut, die Blutmasse wird im Sinne einer hydraemischen Plethora vermehrt. Diese führt zu Ödembildung. Die kochsalzarme Diät verhindert die primäre Chlorretention, bei bestehenden Ödemen kann sich die Niere erholen und die überschüssigen Chloride ausscheiden. Damit geht auch eine Wasserausscheidung einher.

Die Resultate G.s rechtfertigen die therapeutische Forderung, bei renalen und kardialen Ödemen, sowie bei bestehender Neigung zu solchen, eine möglichst kochsalzarme Diät zu geben.

Auf Anfrage Eisenschitz teilt G. mit, daß nach Achard bei Schrumpfniere die Chlorausscheidung häufig überhaupt nicht gestört erscheint.

Stratter möchte bei den Versuchen auch die Stickstoffseite beachtet wissen.

Meyer macht darauf aufmerksam, daß die Frage, ob die Chlorretention oder die Flüssigkeitsretention das Primäre sei, nicht gelöst ist. Die Tierexperimente lassen diesbezüglich im Stiche, weil sich tierisches und menschliches Gewebe im Experimente verschieden verhalten.

V. Italienischer Pädiaterkongreß.

Vom 27. April bis 1. Mai 1905 in Rom.

Valagussa (Rom): **Ätiologie und allgemeine Pathogenese der kindlichen Tuberkulose.**

Redner gibt einen Überblick über die historische Entwicklung der Frage und über die verschiedenen Theorien. Eine Hauptquelle der Infektion sind die Sputa der Phthisiker; was die Übertragung der Tuberkulose durch die Nahrung anbetrifft, so muß dieselbe als äußerst selten angesehen werden.

Dante Pacchioni (Florenz): **Diagnose der Tuberkulose.**

Nachdem er die Diagnose der Miliartuberkulose, der chronischen apyretischen generalisierten Tuberkulose, der Bronchialdrüsentuberkulose besprochen hat, wendet er sich der Lungentuberkulose zu. Er behandelt zunächst die Sputumuntersuchung, dann die Blutuntersuchung, wobei er darauf aufmerksam macht, daß man nicht selten eine mehr oder minder erhebliche Abnahme der eosinophilen Zellen findet. Nicht selten findet man bei der Tuberkulose eine ein- oder beiderseitige Muskelhyperästhesie, die besonders in den Muskeln des Nackens, der Arme, der unteren Extremitäten ihren Sitz hat und zu der sich auch Gelenk- und Knochenhyperästhesie gesellen kann. Mit der Serumdiagnose hat Redner in 26 Fällen, in denen die Tuberkulose durch klinische Mittel oder die Autopsie sicher festgestellt war, 20 mal (76 %) positive Resultate erzielt. Von 12 Fällen, in denen sicher keine Tuberkulose bestand, war die Reaktion 3 mal positiv, 3 mal negativ. Sie hat also keinen sicheren diagnostischen Wert.

Carlo Comba; **Über Serodiagnose der Tuberkulose bei Kindern.**

C. hat die Methode bei 47 Kindern, die teils an Tuberkulose, teils an anderen Erkrankungen litten, angewandt. Die Kontrolle geschah durch bakteriologische Untersuchung der Exsudate, auf dem Sektionstisch oder durch die Tuberkulinprobe. Redner kommt zu dem Ergebnis, daß es Fälle von chronischer Tuberkulose gibt, in denen die Serumprobe völlig negativ ist, während die Tuberkulinprobe

positiv ausfällt, bei floriden Lungenphthisen trat bald Agglutination ein, bald nicht; in fünf Fällen von tuberkulöser Meningitis war die Probe positiv, in zwei negativ; in sechs Fällen tuberkulöser Pleuritis war Serumprobe und Tuberkulinprobe positiv, in zwei beide negativ, in einem Fall war die Tuberkulinprobe negativ, während nach 6 Stunden Agglutination eintrat. Beim Abdominaltyphus war die Serumreaktion meist positiv. Es ergibt sich also, daß ein absoluter Wert der Serumreaktion keineswegs zukommen kann.

Benati (Modena): **Die Albuminurie in der kindlichen Tuberkulose.**

Die Albuminurie bei der Tuberkulose der Kinder ist häufiger, als man glaubt (46 %); die generalisierte Form der Tuberkulose gibt den größten Prozentsatz mit Albuminurie (70 %); bei tuberkulöser Meningitis beträgt die Prozentzahl 60 %. Die Albuminurie findet sich fast stets bei sehr schweren Fällen kurz ante exitum.

Jemma (Palermo): **Nachweis des Tuberkelbazillus im zirkulierenden Blut.**

Redner hat die von französischen Forschern (Jousset, Bezançon, Griffon etc.) empfohlene Methode geprüft und sie für nicht zuverlässig befunden.

Jemma: **Experimentelle Untersuchungen, betreffend die Übertragung der Tuberkulose durch die Milch.**

Verf. hat bei säugenden Meerschweinchen eine tuberkulöse Mastitis erzeugt und dann nachgesehen, was für eine Wirkung bei den neugeborenen mit der tuberkelbazillenreichen Milch ernährten Meerscheinchen eintritt. Es ergab sich, daß fast alle so ernährten Meerschweinchen an Tuberkulose erkrankten, die in der Mehrzahl der Fälle sich zuerst an den Mesenterialdrüsen lokalisierte und sich dann auf die anderen Organe verbreitete. In den meisten Fällen gehen die Tuberkelbazillen in den Organismus über, ohne eine bemerkbare Verletzung der Intestinalschleimhaut zu bewirken.

Lanza (Genua): **Über die Bedeutung des Studiums der eosinophilen Zellen bei der kindlichen Tuberkulose.**

Redner kommt zu dem Resultat, daß die Untersuchung der Flüssigkeit und einer durch Anwendung eines Vesicans gezogenen Blase auf eosinophile Zellen einen gewissen Wert besitzt.

A. Jovane (Neapel): **Die Autoseretherapie bei serofibrinösen Pleuritiden und beim Aszites der Kinder.**

J. hat bei vier Kindern mit serofibrinöser Pleuritis subkutane Injektionen mit Pleuraflüssigkeit gemacht; bei einem Kind trat Heilung in 15 Tagen ein, bei einem anderen vollzog sich die Resorption des Exsudats weniger schnell; zwei starben an Komplikationen. Von zwei Kindern mit tuberkulöser Peritonitis heilte eines in 14 Tagen, das andere starb an Miliartuberkulose.

G. Petrone (Neapel): **Über tuberkulöse Leberzirrhosen.**

P. berichtet über ein 7jähriges Mädchen, das eine Zeitlang einen der Bantischen Krankheit ähnelnden Symptomenkomplex darbot. Auf dem Sektionstisch fand man Synechie des Perikards, serofibrinöse Pleuritis, tuberkulöse Peritonitis, eine verkleinerte Leber mit starke Perihepatitis und vorwiegend kapsulärer Zirrhose, vergrößerte Milz mit Splenitis und Perisplenitis.

G. Poppi: **Semiologischer Wert der Milzpalpation bei wenige Monate alten Säuglingen.**

Verf. hat systematische Untersuchungen bei 500 Neugeborenen, 250 mit Muttermilch, 224 mit Muttermilch und Kuhmilch und 24 mit künstlicher Milchnahrung angestellt. Es ergab sich, daß die Milz während der ersten Monate um so leichter palpabel ist, je weniger geeignet die Ernährung und je häufiger die Verdauungsstörungen sind, so daß die Milzpalpation einen Hinweis auf Fehler in der Ernährung geben kann.

Frontini: **Über den Wert der Kohlensäure bei Milchsterilisation.**

Aus den Versuchen ergibt sich, daß die Kohlensäure kein praktisch verwertbares Mittel zur Sterilisation der Milch bildet.

G. de Nigris: **Statistische Bemerkungen über Ernährung mit Muttermilch und künstlicher Milch.**

Die statistischen Erhebungen, die in den Jahren 1896—1903 in der geburtshülflichen Klinik zu Graz angestellt wurden, ergaben, daß die physische Möglichkeit, zu nähren, nur in sehr seltenen Ausnahmefällen nicht vorhanden war und daß eine Abnahme der Fähigkeit zum Stillen nicht zu konstatieren war. Die Gründe, aus denen die Mütter sich also bestimmen ließen, nicht selbst zu nähren, sind anderweitig zu suchen.

Spolverini u. Flammini: **Neue Methode der Milchkonservierung.**

Milch, die unter starkem Kohlensäuredrucke steht, hält sich einige Zeit hindurch unverändert, sowohl was ihre physischen, wie auch chemischen und biologischen Eigenschaften anbetrifft. Die Kohlensäure vernichtet manche Keime, auf andere wirkt sie entwicklungshemmend. Es persistiert und überwuchert allein ein nicht pathogener Diplostreptokokkus, der nach einiger Zeit, je nach der Temperatur, die Milch zum Gerinnen bringt. Rohe Milch kann man so bei einer Temperatur von 12—14° ungefähr 8—12 Tage lang konservieren, gekochte Milch hält sich unbegrenzt lange.

Finizio (Neapel): **Wert der Kryoskopie auf die Analyse der Milch angewandt.**

Die kryoskopische Untersuchung kann — das ist das Resultat der von F. angestellten Untersuchungen — die quantitative Bestimmung der einzelnen in der Milch enthaltenen Prinzipien nicht ersetzen; sie bildet bei der Analyse der Milch nur ein zu den bisher bekannten Daten neu hinzugekommenes.

G. Gallo (Neapel): **Zystoskopische Untersuchungen der Frauenmilch.**

Δ der Frauenmilch beträgt im Mittel 0,61; dies ändert sich nicht wesentlich während der Schwangerschaft, der Menstruation und bei akuten und chronischen Erkrankungen. Zwischen Steigen und Sinken der kryoskopischen Zahl und den physischen Verhältnissen der Säugenden besteht kein merkbarer Zusammenhang.

Luisa Ferreri (Parma): **Über die Wirkung einiger Milchsera auf die künstliche Verdauung der Albuminoide.**

Serum von Frauenmilch beschleunigt die Eiweißverdauung, Serum von Kuhmilch verzögert sie. Jene verdauungsbeschleunigende Wirkung des Frauenmilchserums muß von einem Ferment abhängen, da sie nicht mehr besteht, wenn die Milch $^1/_2$ Stunde lang oder länger auf 55—60° erwärmt ist. Redner glaubt, daß es sich hier um ein neues Ferment handle, das die Eigenschaft habe, das Pepsin des Magensaftes des Säuglings aktiver zu machen.

C. Cattaneo (Parma): **Über die Reaktion der Frauenmilch.**

Die Alkaleszenz der Frauenmilch schwankt von 0,08—0,176 °/₀ und beträgt im Mittel 0,120—121 °/₀. Sie scheint in den Morgenstunden größer zu sein als abends.

G. Lanza (Genua): **Über die Zerstörung der Tuberkelbazillen in pasteurisierter Milch.**

Die Resultate waren verschieden, je nachdem die Milch mit Tuberkelbazillen versetzt wurde, die im Sputum erhalten waren oder die aus Reinkulturen stammten. Jene zeigten gegen die Hitze eine größere Resistenz als diese.

C. Cattaneo (Parma): **Über die hämolytische Eigenschaft der Frauenmilch.**

Das Frauenmilchserum hat eine iso- und heterohämolytische Eigenschaft, die individuell so verschieden ist, daß die Schwankungen zwischen 0 und 37,3 betragen. (Fortsetzung folgt.) F.

IV. Monats-Chronik.

Berlin. Eine Reihe hervorragender Pädagogen, Pädiater und Psychologen erlassen einen Aufruf zu einem **Kongreß für Kinderforschung.** Es soll hierdurch ein Zusammenschluß aller auf den verschiedensten Gebieten der Kinderfürsorge tätigen Kräfte erreicht werden. Dem Ausschuß gehören von Berliner Ärzten die Professoren A. Baginsky, Heubner, Ziehen an. Anfang Oktober soll der Kongreß stattfinden.

— Zur **Bekämpfung der Säuglingssterblichkeit** sind vom Magistrat 134600 Mk. als Beihilfe an die Schmidt-Gallisch-Stiftung bewilligt worden. Aus der Mitteln dieser Stiftung wird das Kinderasyl in der Kürassierstraße unterhalten.

— Die **Schulärzte** sind von der Schuldeputation beauftragt, bei der Einschulung der Kinder den Eltern Merkblätter über die Gefahren des Alkohols einzuhändigen.

— Dem **Elisabeth-Kinderhospital** sind von Frau K. v. Bülow 100000 Mk. überwiesen worden.

— Priv.-Doz. Dr. Finkelstein, Oberarzt am Städtischen Waisenhause und Kinderasyl, hat den **Professortitel** erhalten.

Berlin. Die Königl. Charité hat die **Kurkosten für Kinder** von 2 Mk. auf 2,50 Mk. für den Tag erhöht.

Breslau. Zum ordentl. Professor der Pädiatrie ernannt Prof. Czerny.

Düsseldorf. Gestorben Dr. Paffenholz.

Dresden. Prof. Dr. Henoch ist zum Ehrenmitgliede der Balneologischen Gesellschaft gewählt.

Ludwigshafen. Vom 1. Mai ab sollen **Schulärzte** angestellt werden.

Elberfeld. Zur Bekämpfung der **Säuglingssterblichkeit** wird die Armenverwaltung den Müttern zu besserer Ernährung Milch verabfolgen, wo künstliche Ernährung der Kinder nötig ist, wird für diese keimfreie Säuglingsmilch geliefert.

Frankfurt a. M. Ein **Ausbildungskursus für Kinderfürsorge** findet vom 23. April bis 5. Mai statt. Alles Nähere, Programme usw. bei der Geschäftsstelle der Zentrale für private Fürsorge, Börsenstraße 20 I.

Freiburg i. Br. Zur **Bekämpfung der Säuglingssterblichkeit** gewährt der Stadtrat den Müttern Stillprämien.

Heilbronn. Neben dem **Stadtarzt**, der die hygienische Beschaffenheit der Schulen zu beaufsichtigen hat, soll ein **Schularzt** für die Überwachung der Kinder angestellt werden.

Kolberg. Das **Schulsanatorium Kinderheil** wird Mitte April eröffnet. Es wird hier Kindern, die längeren Seeaufenthalt brauchen, neben ärztlicher Überwachung gleichzeitig Unterricht erteilt. Die Leitung hat der Berliner Orthopäde Dr. G. Müller.

Artern. Die mit dem Königlichen Solbad verbundene **Cäcilien-Heilstätte für Kinder** wird am 1. Mai eröffnet.

Linnich. Die Anstellung eines **Schularztes** ist beschlossen.

Magdeburg. Beim städtischen **Krankenhaus Sudenburg** soll je eine Abteilung für Frauen-, Kinder-, sowie Haut- und Geschlechtskrankheiten geschaffen werden.

Offenbach a. M. Ein **Schularzt** soll angestellt werden.

Regensburg. Zur Förderung der **Säuglingsfürsorge** sollen vom 1. April ab **Stillprämien** an die Mütter, sowie Belohnungen an Hebammen, die in diesem Sinne wirken, gezahlt werden. Die ganze Einrichtung wird ärztlich beaufsichtigt werden.

Spandau. Zur Bekämpfung der **Säuglingssterblichkeit** soll eine städtische Molkerei gegründet werden.

Ulm. Die Anstellung eines vollbeschäftigten **Schulzahnarztes**, dem Privatpraxis nicht gestattet wird, ist beschlossen.

Stuttgart. Die Anstellung von **18 Schulärzten**, einem Schul-Augen- und Ohrenarzt für die Volksschulen ist beschlossen. Es wird die Anstellung einer Schulärztin in Erwägung gezogen.

Dessau. Anfang Mai wird die **Herzogin Marie-Heilstätte** für **Kinder** eröffnet. Es sollen hauptsächlich tuberkulös veranlagte Kinder aufgenommen werden, um rechtzeitig den Ausbruch der Krankheit zu verhüten.

Wien. Hier hat sich eine **Gesellschaft für Kinderforschung** konstituiert, welche sich zur Aufgabe stellt, durch wissenschaftliche Arbeit die Prinzipien zu ermitteln, die einer umfassenden Jugendfürsorge zugrunde gelegt werden müssen. In den Vorstand wurden gewählt: Doz. Dr. Reicher, Präsident, Prof. Escherich und Prof. Jodl, Vizepräsidenten, Dr. Th. Heller und Dr. v. Pirquet, Schriftführer.

Kopenhagen. Der Privatdozent Dr. S. Monrad wurde als Wichmanns Nachfolger Oberarzt des Königin Louisen-Kinderspitals.

Nancy. Dr. Haushalter ist zum Professor für Kinderkrankheiten ernannt worden.

Newyork. Ein **Rückgang der Säuglingssterblichkeit** um 50 % soll hier durch die Einrichtung von **Fürsorgestellen** für reine Milch erzielt worden sein. Die Käufer erhalten gleichzeitig mit der Milch kleine Abhandlungen über Säuglingspflege.

Verantwortlicher Redakteur: Dr. Eugen Graetzer in Sprottau. — Verlag von Johann Ambrosius Barth in Leipzig. — Druck von Metzger & Wittig in Leipzig.

Centralblatt für Kinderheilkunde.

Eine Monatsschrift für praktische Ärzte.

XI. Jahrgang. 1. Juni 1906. No. 6.

I. Originalbeiträge.

Über Triferrin in der Kinderheilkunde.

Einige praktische Bemerkungen.

Von

Dr. E. Toff in Braila, Rumänien.

Das Triferrin oder paranukleinsaure Eisen wurde im Jahre 1900 von E. Salkowski dargestellt und hat seither mannigfache Anwendungen bei verschiedenen Zuständen von Blutarmut gefunden. In der Kinderheilkunde ist dasselbe, meines Wissens, noch wenig benützt worden, trotzdem es seiner Zusammensetzung nach, seiner Ungiftigkeit wegen und infolge des Umstandes, daß es weder den Appetit noch die Verdauung und Stuhlentleerung irgendwie ungünstig beeinflußt, geradezu als ein Kindermedikament ersten Ranges bezeichnet werden muß.

Der Wert des Triferrins liegt nicht nur in dem relativ hohen Eisengehalte desselben (21,87 %), sondern auch in der bedeutenden Menge organisch gebundenen Phosphors (2,55 %), wodurch es besonderen therapeutischen Wert namentlich in jenen Fällen von Anämie entfaltet, die mit einer mangelhaften Knochenbildung einhergehen und bei welchen, seit den grundlegenden Arbeiten von Kassowitz, der Phosphor, sei es rein, sei es in verschiedenen organischen Verbindungen, mit Vorteil in Anwendung gezogen wird. Außerdem unterstützt der Phosphor, wie dies Klemperer[1]) mit Recht hervorhebt, in erheblichem Maße die Eiweißassimilation.

Das Triferrin ist ein braunrotes Pulver, welches in Wasser und in schwachen Salzsäurelösungen von der Konzentration des Magensaftes unlöslich ist, hingegen leicht löslich in schwach alkalischen Lösungen. Es wäre hieraus zu schließen, daß das Präparat den Magen unverändert passiert und erst im alkalischen Darmsafte gelöst und der Resorption zugeführt wird, eine Eigenschaft, auf welche wohl in erster Reihe der Umstand zurückzuführen ist, daß Triferrin, im Gegensatze zu anderen Eisenpräparaten, die Magenverdauung in keinerlei Weise beeinflußt.

Die Tierversuche, welche ursprünglich von Salkowski[2]) an

---

[1]) Triferrin ein empfehlenswertes Eisenpräparat. Therapie der Gegenwart. April 1901.

[2]) Über eine phosphorhaltige Säure aus Kasein und deren Eisenverbindung. Zentralbl. f. d. med. Wissensch. 1900. Nr. 51.

Kaninchen vorgenommen wurden, zeigten, daß, bei Verfütterung von 0,1—0,25 paranukleinsaurem Eisen täglich, innerhalb 10 Tagen der Eisengehalt der Leber von 3,04 mg pro Kilo auf 9,05 mg gestiegen war, während die mit anderen organischen Eisenverbindungen gefütterten Kontrolltiere nur einen Anstieg bis 4,02 mg pro Kilo darboten. Es zeigte sich also, daß Triferrin in ganz bedeutender Menge zur Resorption gelangt, derart, daß der Eisengehalt der Leber auf das 3fache ansteigt, ein Ergebnis, auf Grund dessen auch der Name des Präparates gewählt wurde.

Interessante Versuche über die Resorption des Triferrins hat Matzner[1]) bei Hühnern und Kaninchen angestellt. Er gab pro Tag 0,5 Triferrin und tötete die Versuchstiere nach 12—18 Tagen. Die mikroskopischen, mit Ferrocyankalisalzsäure behandelten Präparate zeigten, daß der Dünndarm, in seinem oberen Viertel, als hauptsächlichster Resorptionsort für das Eisen anzusehen sei; die Epithelien sind malachitgrün. verfärbt, insbesondere jene der Dünndarmzotten. Im Stroma der Zotten zeigen sich freie Eisenpartikelchen, ebenso auch im Zentralkanal. Die oberflächlichen und tiefen Lymphbahnen des Dünndarms erscheinen reichlich Eisen führend, auch die solitären Follikel sind massenhaft mit Eisen gefüllt. Die Untersuchung des Mesenteriums ergibt bereits mit freiem Auge sichtbare, blaue, feinste dem Verlaufe der Mesenterialgefäße parallele Streifchen, welche nichts anderes sind, als mit Eisen erfüllte mesenteriale Lymphbahnen. Auch in der Leber fand Matzner zahlreiche Eisenschollen, sowohl in dem Gewebe zwischen den einzelnen Leberlobuli, als auch im Verteilungsgebiete der Pfortader und in diffuser, feinst verteilter Form in den Leberläppchen selbst.

Die Untersuchungen Matzners haben des weiteren, unter der Triferrinwirkung, eine konstante und erhebliche Vermehrung der kernhaltigen, roten Blutkörperchen im roten Knochenmarke festgestellt, das heißt, daß ein Reiz auf das Knochenmark im Sinne einer Regeneration der roten Blutzellen ausgeübt wird. Außerdem zeigten die Untersuchungen, daß sowohl bei gesunden, als auch bei anämischen und chlorotischen Personen nach Darreichung von Triferrin in therapeutischen Dosen eine konstante Vermehrung des Harneisens festzustellen ist.

In zahlreichen Fällen fand ich eine erhebliche Vermehrung des durch den Harn ausgeschiedenen Stickstoffes, wohl ein Beweis einer größeren Ausnützung der eingeführten Eiweißsubstanzen, was in Verbindung mit der gleichzeitigen Gewichtszunahme auf eine erhöhte Eiweißassimilation schließen läßt.

Zusammenfassend kann also gesagt werden, daß das Triferrin in bedeutender Menge zur Resorption gelangt, in die Lymphbahnen, die allgemeine Zirkulation, die Leber, die Nieren, das Knochenmark usw. gelangt und überall einen blutbildenden und ernährungsbefördernden Einfluß ausübt.

Diese Ergebnisse bewogen mich, dasselbe namentlich in der

---

[1]) Experimentelle und klinische Studien über Triferrin. Die Heilkunde. 9. April 1905.

Kinderpraxis in ausgiebigem Maße anzuwenden und muß ich hervorheben, daß die erzielten Erfolge meinen Erwartungen vollkommen entsprochen haben. Meistens wurde das Mittel in Originaltabletten (à 0,3 Triferrin), 3 täglich, verabreicht, wie sie von der Firma Knoll & Co. in Ludwigshafen a. Rh. unter Schokoladezusatz hergestellt werden. Die Kinder nehmen dieselben gerne, auch das Triferrol, ein aromatischer Triferrinlikör, wird, in der Dosis von 3—4 Kaffeelöffel täglich, leicht genommen. Von einer Giftigkeit des Mittels kann nicht die Rede sein; einer meiner Patienten, ein 4jähriger Knabe, hatte eine aus Unachtsamkeit stehengelassene Schachtel, die noch über 60 Triferrintabletten enthielt, innerhalb einer halben Stunde geleert, ohne hierauf, außer einigen pechschwarzen Stühlen, etwas Besonderes darzubieten.

Rachitische und anämische Kinder sind es, welche hauptsächlich unter Triferrinbehandlung rasche Besserung zeigen, eine bessere Farbe bekommen und an Gewicht zunehmen. Ein rachitischer, 6 Monate alter Säugling, welcher schon öfters Anfälle von infantiler Eklampsie gehabt hatte, verlor dieselben vollständig nach einer 4wöchentlichen Behandlung mit Triferrin; ähnliches konnte bei einem anderen 4monatlichen Säuglinge erzielt werden.

Gute Erfolge gibt ferner Triferrin in der Rekonvaleszenz nach Scharlach, Masern, Diphtheritis, Bronchopneumonie, und im allgemeinen nach allen schweren, akuten Erkrankungen des Kindesalters. Die Patienten kommen viel rascher zu Kräften, bekommen Appetit und nehmen viel rascher an Gewicht zu, als dies ohne Triferrin der Fall ist.

Was die Bestimmung des Hämoglobingehaltes und die Zählung der roten Blutkörperchen anbetrifft, so darf nicht vergessen werden, daß diese Werte im Kindesalter außerordentlichen Schwankungen auch im normalen Zustande unterliegen und daß also die gefundenen Zahlen nicht immer definitive Schlüsse zulassen. Nichtsdestoweniger kann in gewissen Fällen auch auf diese Weise die gute Wirkung des Triferrins nachgewiesen werden. In einem Falle von hereditärer Lues stieg der Hämoglobingehalt bei einem 3jährigen Knaben im Zeitraume von 5 Wochen von 55 % auf 80 % und die Zahl der Erythrozyten von 3600000 auf 5100000. In einem anderen, analogen Falle, ein 2jähriges Mädchen betreffend, war die Hämoglobinmenge am Anfange der Behandlung 45 % und die Zahl der roten Blutkörperchen 3500000, während nach 2monatiger Behandlung 75 % bzw. 4360000 gefunden wurde. In anderen Fällen war schon zu Beginn der Behandlung die Hämoglobinmenge relativ hoch, trotzdem die Kinder ein auffallend anämisches Aussehen hatten, und in diesen Fällen war durch die Triferrintherapie keine sonderliche Erhöhung in der Hämoglobinmenge, wenigstens so weit man dieselbe mit den üblichen Methoden beurteilen kann, zu verzeichnen. Hat doch Schlesinger[1]) gezeigt, daß bei schweren Atrophien und Gastroenteritiden, wo es sich um eine Verdickung des Blutes durch Plasma-

[1]) Die Anämie und Leukozytose bei der Pädatrophie und Gastroenteritis. Arch. f. Kinderh. 1903. Nr. 5—6.

verlust handelt, die Zahl der roten Blutzellen und der Hämoglobingehalt in der Raumeinheit zunehmen und hierdurch normale und selbst übernormale Werte zeigen.

Auffallende Erfolge ergab das Triferrin bei lymphatischen und skrofulösen Kindern; ein 5jähriger Knabe, welcher immer kränklich war, bald an lymphatischer Konjunktivitis, bald an Ekzemen, Bronchopneumonie, Bronchitis usw. litt, bekam ein blühendes Aussehen und erfreute sich ununterbrochen einer guten Gesundheit nach einer 4monatigen Triferrinkur.

Zum Schlusse möchte ich noch der guten Resultate gedenken, welche ich bei säugenden Frauen mit Triferrin erzielt habe. In drei Fällen, in welchen die Milchsekretion auf ein Minimum gesunken war, derart, daß die Kinder mit Kuhmilch genährt werden mußten, bewirkte das Mittel eine erhebliche Steigerung der Milchsekretion, so daß das Säuggeschäft wieder aufgenommen werden konnte. Es ist dies eine Wirkungsweise des Triferrins, welche wohl näherer Beachtung würdig wäre und an einem ausgedehnteren Versuchsmaterial erprobt werden sollte.

II. Referate.

Körner, Das Wesen der Otosklerose im Lichte der Vererbungslehre. (Zeitschr. f. Ohrenh. 1905. Bd. 1. Heft 1.) Daß die progressive Schwerhörigkeit, die Stapesankylose oder wie sie allgemein genannt wird, die Otosklerose oft in mehreren aufeinanderfolgenden Generationen ein und derselben Familie gehäuft auftritt, war seit lange bekannt. Verf. illustriert dies durch Stammbäume von fünf Familien mit 43 Otosklerosefällen in vier Generationen. Von den 43 Fällen gehören 17 dem männlichen und 26 dem weiblichen Geschlechte an. Ohne nachweisbare Vererbung — in der anscheinend zuerst befallenen Generation — trat die Otosklerose 7mal auf. Ererbt in der zweiten Generation 17mal, in der dritten Generation 12mal, in der vierten Generation (nur in einer Familie) 7mal. Um diese Erblichkeitsverhältnisse für die Erkenntnis des Wesens der Otosklerose zu verwerten, greift Verf. auf das biologische Vererbungsgesetz zurück. Ererbt werden nur solche Eigentümlichkeiten oder deren materielle Substrate, die als Anlage im Keimplasma der elterlichen Geschlechtszellen enthalten sind (Determinanten). Die Mengen von Determinanten, die jedem auf den Lebensweg gegeben werden, stammen nicht nur aus dem Plasma der Eltern, sondern aus dem gesamten Ahnenplasma. Krankheiten selbst können nicht mit der Keimzelle auf die Nachkommenschaft übertragen werden, nur Krankheitsanlagen (Disposition). So ist eine Lues nicht hereditär, sondern kongenital. So ist auch die Hämophilie keine Krankheit, sondern es liegt ihr nur eine in einer Determinante gegebene und somit vererbbare Eigenschaft des Blutes zugrunde, dem die normale Gerinnungsfähigkeit abgeht. Erst durch einen äußeren Vorgang (Verletzung)

tritt diese in Erscheinung. Da also Krankheiten nicht vererbt werden können, die Otosklerose aber vererbt wird, so ist diese keine Krankheit. Sie wäre eine kongenitale Krankheit, wenn sie, wie Habermann annimmt, syphilitischen Ursprungs wäre. Diese Syphilishypothese schwebt aber in der Luft. Wenn Habermann in seinen 30 Fällen Lues 4mal sicher und einmal nahezu sicher nachweisen kann, so spricht dies bei der Häufigkeit der Lues und der Seltenheit der Otosklerose nur dagegen. Gegen Syphilis spricht auch der Kinderreichtum der Schwerhörigen, der auch in den obenerwähnten Stammbäumen zutage tritt. Fehlgeburten und Todesfälle in den ersten Lebenswochen sind, soweit sich dies verfolgen ließ, in diesen Familien überhaupt nicht vorgekommen. Bei der Untersuchung der Schwerhörigen und vieler ihrer Angehörigen konnte nichts, was auf Syphilis deutete, gefunden werden. K. hält nun, da die Otosklerose — die hyperostotische Knochenneubildung an den Labyrinthfenstern und Spongisierung innerhalb der sonst kompakten Labyrinthkapsel — als Krankheit nicht angesprochen werden kann, dieselbe mit Siebenmann für „die letzte Phase eines Wachstumsprozesses, der zwar im Felsenbein normalerweise nicht vorkommt, dagegen in anderen Knochen die Regel bildet“. Durch diese Auffassung wird die Tatsache der Vererbbarkeit erklärt. Das Eintreten der Pubertät, wie das Wochenbett, welche beide Faktoren häufig den Beginn der Otosklerose bilden, können zu auslösenden Faktoren werden. Die Fälle von Otosklerose, bei welchen man keine Vererbung nachweisen kann, erklärt der Verf. durch „latente Vererbung“, welche durch eine Determinante irgend eines Ahnen manifest geworden ist. Prophylaktisch empfiehlt der Verf., den durch Otosklerose schwerhörig Gewordenen von der Ehe abzuraten. Ebenfalls muß dies bei den noch nicht schwerhörigen weiblichen Nachkommen der Otosklerotischen geschehen, weil jede Schwangerschaft die latente Determinante wirksam machen kann. A. Sonntag.

Posthumus Meyes, Eenige beschouwingen naar aanleiding van een honderdtal Mastoid- en Radicaaloperaten. (Einige Bemerkungen nach der Erfahrung bei 100 Mastoid- und Radikaloperationen. (Ned. Tydschr. v. Gen. 1905. Bd. 1. S. 421.) M. behandelt die Frage, wann beim akuten Ohrleiden eingegriffen werden soll, und wie lange beim chronischen Ohrleiden expektativ gehandelt werden kann.

Jeder akute Ohrkatarrh beim Kinde mit akuter Infektionskrankheit soll mit der größten Sorgfalt behandelt werden. Er warnt vor Luftdusche und Einspritzungen. Die vis medicatrix naturae sei gerade bei diesem Leiden sehr kräftig. Bei Kindern ist eine akute Schwellung der präaurikulären Drüsen ein ungünstiges Zeichen. Operiert werden soll bei permanentem Druckschmerz hinter dem Ohre, wenn dabei die obere Wand des Gehörgangs etwas hinabgesunken ist. Doch meint M., daß trotz drohender Symptome, ein expektatives Verfahren am Platze sein kann.

Eine Indikation zur Radikaloperation ist sicher konstatierte Karies, welche sich bisweilen kundgibt durch plötzlich eintretende Fazialisparalyse. Tritt diese ein und zeigen sich daneben Anfälle von

Schwindel und eventuelles Erbrechen, dann soll sofort operiert werden, weil diese Symptome eine schnelle Ausbreitung der Entzündung anzeigen.

Bei den chronischen Otorrhöen, und zwar bei Attikuseiterung mit ziemlich normaler Gehörschärfe, trat bei expektativer Behandlung öfters Heilung ein und zwar in Fällen, wo theoretisch hätte operiert werden müssen. Bei Kindern wurde der Annulus tympanicus mit den Gehörknochen intakt gelassen, solange ihre Beteiligung an der Karies nicht sichergestellt war.

Bei Gehirnabszeß und Hirnthrombose kann, solange diese nicht von Meningitis kompliziert sind, sofortiges Eingreifen lebensrettend sein. Erscheinungen von Meningitis bilden aber keine Kontraindikation, weil die Differentialdiagnose zwischen Abszeß und Meningitis kaum möglich ist. Für die Diagnose Hirnabszeß hat ein langsamer Puls mehr Wert, als eventuelles Fehlen einer Stauungspapille.

Graanboom (Amsterdam).

Domenico Tanturri, Pathogenese der akuten eitrigen Mittelohrentzündung bei Kindern. (Gazzetta internazionale di Medicina. Juni 1905.) Mittels eines von ihm geschilderten Verfahrens hat Verf. bei Kaninchen den hinteren Teil der Nase und die Tubenmündung durch Gummiröhrchen verschlossen und gefunden, daß die Umwandlung der Tuba Eustachii in eine nach dem Nasenrachenraum abgeschlossene Höhle konstant eine eitrige akute Otitis zur Folge hat. Er setzt dies im Vergleich dazu, wie die Occlusion des Wurmfortsatzes eine Appendizitis bewirkt. In einer Serie operierter Kaninchen hat er den Prozeß von der einfachen Hyperämie der Mittelohrschleimhaut bis zur Bildung des Abszesses verfolgen können. F.

Alexander, Über die Verwendbarkeit des Sublamins bei Ohrerkrankungen. (Monatsschr. f. Ohrenheilk. 1905. Nr. 6.) Das Sublamin (Quecksilbersulfat-Äthylendiamin) wurde 1900 in Form eosingefärbter Pastillen von der Fabrik Schering (Berlin) als nicht reizender Ersatz des Sublimats empfohlen. Die Resultate der praktischen Untersuchung an der Universitäts-Ohrenklinik in Wien sind folgende: Als Antiseptikum für die Hände erwies sich das Mittel vollkommen reizlos und für die Haut unschädlich. Gut vernickelte Instrumente werden durch eine Lösung nicht geschädigt, nur tritt an den Stellen, wo der Nickelbelag verletzt ist, eine Anätzung des Metalls ein. Lösungen von 1:1000 ergaben bei chronischen Ohreiterungen mit Spritze oder Irrigator appliziert Beseitigung des fötiden Geruchs des Eiters nach 1—2 Tagen, im Verlauf der ersten Woche konnte deutliche Beschränkung der Sekretion erzielt werden, in einzelnen Fällen nahm die Sekretion sehr schnell ab und war am neunten Tage verschwunden. Besonders günstig ist das Ausbleiben jeglicher Reizerscheinung im Gehörgang, selbst bei vorhandenem Ekzem des Gehörgangs wurde das Sublamin anstandslos vertragen, das Ekzem heilte unter separater Behandlung vollkommen aus. Auf der Rachen- oder Nasenschleimhaut erzeugt das Mittel ein manchmal mehrere Stunden anhaltendes lebhaftes Brennen, so daß, wenn auch toxische Wirkungen nicht zu befürchten sind, bei Verwendung des Sublamins in der

Paukenhöhle bei weiter Tube oder in der Tube selbst zur Vorsicht geraten werden muß. A. Sonntag.

Gomperz, Zur Sterilisierung der Tupfer, Pinsel und Einlagen für Ohr und Nase. (Zeitschr. f. Ohrenheilk. Bd. 51. Heft 1.) Im Anschluß an die Mitteilung Saniters, der die Verwendung von Asbesttupfern, die vor dem Gebrauch in der Flamme ausgeglüht werden, empfahl, beschreibt G. sein Verfahren der Sterilisierung von Tupfern und Pinseln, wie er es seit Jahren übt. Der Wattetupfer wird nach Bedarf mit reinen Händen aus steriler Watte in der für den vorliegenden Fall notwendigen Form gedreht, und dann nach Art der sterilen Eprouvetten über dem Zylinder einer Lampe oder über einer Spiritusflamme abgebrannt. Dabei verbrennt die äußere Schicht rasch, nach 2—3 Sekunden löscht man die Flamme durch starkes Schwenken, und man hat einen von allen abstehenden Fasern befreiten, wohl gerundeten Tupfer, der, wie die bakteriologische Untersuchung erhärtet, vollständig keimfrei ist. Die Watte wird durch den Vorgang schmiegsamer und erhält eine erhöhte Imbibitionsfähigkeit. Der Asbest kann die Watte nicht ersetzen, weil der Faden bedeutend spröder und brüchiger als der Wattefaden ist und Teile an den Fingern und der gepinselten Schleimhaut hinterläßt. A. Sonntag.

Keppler, Die Behandlung eitriger Ohrerkrankungen mit Stauungshyperämie. (Zeitschr. f. Ohrenheilk. 1905. Bd. 1. Heft 3.) Die Erfolge der Stauungsbinde bei akuten Entzündungen an den Extremitäten veranlaßten die Bonner chirurgische Klinik zur Anwendung der Stauungshyperämie bei den eitrigen Entzündungen des Mittelohres während der letzten 1 1/2 Jahre. Alle ohne Ausnahme wurden mit Stauungshyperämie behandelt, ob sie in akutem oder chronischem Stadium sich befanden und ob sie unkompliziert oder mit Erkrankungen des Warzenfortsatzes kompliziert waren. Die Technik des Verfahrens war folgende. Ein einfaches Baumwollgummiband von 3 cm Breite (bei Kindern 2 cm), welches zur Schonung der empfindlichen Haut des Halses mit einer einfachen Lage einer Mullbinde unterfüttert wurde, wurde unter gelindem Druck nach Art eines Stauungsbandes um den Hals des Patienten gelegt. Eine Anzahl Haken und Ösen ermöglichten Veränderung des Druckes. Die Binde wird im allgemeinen dann richtig liegen, wenn „das Gesicht des Kranken sich leicht bläulichrot verfärbt und ein etwas geschwollenes, gedunsenes Aussehen darbietet“.

Während die Resultate, die bei den chronischen Fällen erzielt wurden, absolut nicht ermutigend sind, sind sie bei den akuten Fällen glänzend und geradezu verblüffend.

In den elf mitgeteilten akuten Fällen trat ohne Operation am Knochen — es wurde einige Male nur durch eine 1—2 cm lange Inzision auf der Höhe der Fluktuation bis auf das Periost eingegriffen — glatte Heilung ein, trotzdem alle Patienten zwecks Aufmeißelung der Klinik überwiesen worden waren. Wenn in einem Falle nach einem 1(!)cm langen Einschnitt durch die stark verdickten und abgedrängten Weichteile und nach Spaltung des Periosts „die Sonde an diversen Stellen in den zerstörten Knochen des

Felsenbeins hineinfällt“, und eine Heilung nur unter Stauungsbehandlung ohne Tamponade, Auskratzung usw. nach 4 Wochen eintrat, so muß man dem Verf. allerdings Recht geben, daß „durch die Stauungsbehandlung so ziemlich alles umgestoßen wird, was als unerschütterlich feststehend in der Beurteilung und Behandlung akuter Eiterungen gegolten hat“. Jedoch erscheint bei der enormen Wichtigkeit dieses Themas eine vorsichtige Beurteilung und sorgfältigste Nachprüfung an großem Materiale erforderlich, ehe man behaupten kann, daß die „Resultate der Stauungsbehandlung hinter denen bisher nur mit Hammer und Meißel erreichbaren in nichts zurückstehen“. Jedenfalls muß man bei dem häufigen Zusammentreffen intrakranieller und pyämischer Komplikationen bei akuten Eiterungen und den glänzenden Erfolgen der Chirurgie bei diesen Affektionen vorläufig noch den geschilderten Resultaten mindestens skeptisch gegenüberstehen. Jedenfalls liegt eventuell die Gefahr vor, bei lebensbedrohenden Komplikationen durch Verschleierung des Bildes den rechten Augenblick zur Operation zu verpassen. A. Sonntag.

Lebram, Über Spontanblutungen infolge von Arrosion des Sinus transversus bei Scharlachotitis. (Zeitschr. f. Ohrenh. 1905. Bd. 1. Heft 1.) Beide Fälle wurden an der Breslauer Universitätspoliklinik beobachtet. Der erste betraf einen 7 jährigen Knaben, welcher an Scharlach mit ziemlich schweren Allgemeinsymptomen erkrankt war. Eine rechtsseitige Otitis mit Warzenfortsatzbeteiligung nötigte zur Aufmeißelung des Processus, wobei der Sinus auf eine kleine Strecke freigelegt wurde. Die Wand desselben sah gesund aus. 10 Tage nach der Operation trat ohne jede äußere Veranlassung eine Blutung aus dem Sinus auf, welche auf Tamponade stand. Bei dem Verbandwechsel nach drei und nach vier weiteren Tagen erneuerte sich die Blutung, erst nach 11 Tage langem Liegenlassen des Verbandes stand sie. Als Folge des langen Liegenbleibens des Verbandes hatte sich eine leichte Pyämie und ein metastatischer Abszeß am linken Oberschenkel eingestellt. 2. Fall. Ein 11jähriger Knabe litt an Scharlach mit außerordentlich schwerer Allgemeininfektion. Schon am Aufnahmetage bestand erhebliche Trübung des Sensoriums. Der linke Warzenfortsatz mußte aufgemeißelt werden, und bot das typische Bild einer Scharlachnekrose. Der stark vorgelagerte Sinus wurde an einer Stelle freigelegt, die Wand erschien vollkommen normal. 3 Tage nach der Operation trat plötzlich eine starke Sinusblutung auf, welche sich am nächsten Tage wiederholte. Die Quelle war eine Perforation der Sinuswand an der freigelegten Stelle. Am 15. Tage nach Beginn der Erkrankung ging der Knabe an Encephalitis acuta zugrunde. A. Sonntag.

Frank B. Spragne, Scarlatinal Otitis. (American Journal of the Medical Sciences. Sept. 1905.) Eine ernste Mahnung an die Ärzte, welche noch immer expektativ verfahren in der Behandlung der Otitis bei Scharlach.

Klinisch lassen sich drei Formen von Scharlachotitis unterscheiden: 1. Die akute seröse Otitis. 2. Die akute eitrige Form. 3. Die akute nekrotische Form. Bei kräftigen Kindern von guter

Resistenz sehen wir die leichteren Formen auftreten; dagegen bei Kindern mit skrofulösen und anderweitigen allgemeinen Diathesen kommen die schwereren Formen zur Beobachtung.

Die Behandlung soll keine abwartende sein. Der Arzt soll die Ohren sorgfältig beobachten und bei auftretender Entzündung frühzeitig inzidieren, statt zu warten, bis ein spontaner Durchbruch stattgefunden hat.

Verf. warnt auch vor den üblichen Ausspülungen bei serösem Ausfluß, wodurch oft eine sekundäre Infektion hinzutritt. Nur bei eitrigem Fluß aus dem Ohre darf gespült werden.

Man vergesse nicht, daß der Ausfluß höchstwahrscheinlich die Übertragung des Scharlachs vermitteln kann und treffe entsprechende Verhütungsmaßregeln.

Leo Jacobi (New York).

R. Quest, Zur Therapie des Scharlachs. (Aus der Univers.-Kinderklinik in Breslau.) (Deutsche med. Wochenschrift. 1905. Nr. 25.) Es wurden 21 scharlachkranke Kinder injiziert, 11 mit dem Bujwidschen, 10 mit dem Moserschen Serum. Q. gibt die betreffenden Krankengeschichten und fügt folgende Epikrise hinzu:

„Wie aus den Krankengeschichten hervorgeht, haben wir die Serumbehandlung im Gegensatze zu anderen nicht ausschließlich bei Fällen mit zweifelhafter und letaler Prognose, sondern auch bei leichteren in Anwendung gebracht; denn auch der Verlauf der letzteren ist für die Beurteilung des Wertes der Therapie von Wichtigkeit.

Wenn wir die mit Bujwidschem Serum behandelten Fälle überblicken, so finden wir nur einmal (Abfall von 2,5° in 24 Stunden) einen günstigen Einfluß auf den Fieberverlauf; bei einem zweiten Falle trat die Entfieberung erst am dritten Tage ein, bei den anderen Fällen war gar kein Effekt auf die Körpertemperatur zu bemerken.

2 mal trat Serumexanthem, 2 mal Albuminurie und ebensooft Nephritis auf. Halsdrüsenschwellung wurde wiederholt beobachtet. In zwei Fällen entwickelte sich Otitis.

Von den beiden Fällen, welche letal ausgingen, zeigte der eine einen sehr protrahierten, schweren Verlauf, bei dem zweiten konnte man sich nicht der Ansicht erwehren, daß die ausgedehnte Phlegmone an der Injektionsstelle (deren Eiter Streptokokken fast in Reinkultur enthielt) zum tödlichen Ausgange beigetragen haben mag. Auffallend war übrigens, daß sich nach Bujwidschem Serum in der Mehrzahl der Fälle an der Injektionsstelle Infiltrate entwickelten, die einigemal auf Umschläge mit essigsaurer Tonerde zurückgingen, einigemal aber eröffnet werden mußten.

Unter den mit Moserschem Serum gespritzten Fällen finden sich drei mit letalem Ausgange. Zwei von diesen Kindern starben fast unmittelbar nach der Injektion, ein Fall war überdies mit schwerer Tuberkulose kompliziert. Von den übrigen sieben Fällen wurden bei zweien Temperaturabfälle um 1,8, bzw. 0,9° in 24 Stunden beobachtet, in zweien trat die Entfieberung erst am vierten Tage nach der Injektion ein, in den anderen war keinerlei Einfluß auf das Fieber zu konstatieren. Serumexantheme stellten sich 3 mal ein.

Eine ausgesprochene Besserung des Allgemeinbefindens konnte nur in wenigen Fällen konstatiert werden. Die Entwicklung des Exanthems wurde niemals verhindert; sie wurde in einigen Fällen, und zwar nach beiden Serumarten, sogar intensiver. Auch die Entzündung der Rachenorgane nahm trotz der Injektion ihren weiteren Verlauf. Der Krankheitsverlauf dreier Geschwister, von welchen eines mit Wiener, eines mit Krakauer Serum und das dritte ohne Serum behandelt wurde, zeigte keinen erheblichen Unterschied.

Auch bei den leichteren Fällen konnte man keinen eklatanten Erfolg des Serums konstatieren (nur einmal beim Kinde Margarete L. mit hochgradiger Tachykardie, welches anfangs zu großer Besorgnis Veranlassung gab, war die Besserung der Herzsymptome 2 Tage nach der Injektion mit Moserschem Serum auffallend). Aus den wenigen mitgeteilten Fällen läßt sich natürlich noch kein abschließendes Urteil über die Wirkung der Serumtherapie beim Scharlach ableiten, und in Ermangelung anderer Mittel wird bei verzweifelten Fällen die Serumbehandlung weiter versucht werden können. Wir sind aber bisher von einer nützlichen Wirkung des Bujwidschen und Moserschen Serums noch nicht überzeugt."

Auch über Körpergewichtszunahmen bei Scharlachrekonvaleszenten läßt sich Q. aus und gibt eine Tabelle von 15 Fällen, welche zeigt, daß die Körpergewichtszunahmen bei Scharlachrekonvaleszenten die normalen bei weitem übersteigen. Einen Einfluß des Alters auf deren Verlauf kann man nicht konstatieren. Der Beginn der Körpergewichtszunahme fällt meistens schon auf den 10. bis 14. Krankheitstag auch dann, wenn die Patienten noch nicht vollkommen entfiebert waren oder wenn sich Komplikationen geringen Grades, z. B. Serumexanthem, Otitis, Drüsenabszeß usw. einstellten.

Bemerkenswert ist nun, daß die Kinder keine sogenannte „kräftige Kost" oder irgendwelche Nährpräparate erhielten, auch nicht zur Nahrungsaufnahme animiert wurden, sondern nur eine einfache, aus Milch, Kaffee, Semmel oder Zwieback, Suppen und Brei bestehende Nahrung vorgesetzt bekamen, welcher erst bei weit fortgeschrittener Rekonvaleszenz täglich eine einmalige Fleischportion hinzugefügt wurde. Diese Erfahrungen sind gut geeignet, der noch vielfach verbreiteten Ansicht entgegenzutreten, daß die Rekonvaleszenten einer besonderen Diät bedürfen.

Grätzer.

W. K. Menschikoff, Zur Serumtherapie des Scharlachs. (Aus der Univers.-Kinderklinik in Kasan.) (Wiener klin.-therap. Wochenschrift. 1905. Nr. 49 u. 50.) Das Serum wurde in 30 Fällen angewandt, 10 mal das Mosersche, 20 mal das von Sawtschenko in Kasan dargestellte. Sein Einfluß äußerte sich zunächst darin, daß der Verlauf des Scharlachs ein günstigerer wurde. In der Mehrzahl der Fälle sank die Temperatur kritisch noch 1—1 $^1/_2$ Tagen um 2—3°. Nach 12—24 Stunden besserte sich das subjektive Befinden, Somnolenz und Delirien hörten auf, Appetit stellte sich ein. Das Serum wirkt zweifellos antitoxisch und hat nicht nur Einfluß auf die Allgemeinerscheinungen, sondern auch auf die örtlichen Veränderungen (Scharlachanginen). Je früher angewandt, desto eklatanter wirkt es.

Von Serumfolgen stellte sich am häufigsten (19 mal) das Exanthem ein, und zwar zumeist in Form von Urticaria oder Morbillen gegen Ende der zweiten Woche nach der Injektion. Grätzer.

R. Bukowski, Über das Mosersche Scharlachserum. (Aus dem schles. Krankenhause in Teschen.) (Wiener klin. Wochenschrift. 1905. Nr. 48.) B. ist mit den Erfolgen der Serumtherapie sehr zufrieden gewesen und bezeichnet das Serum als wirksame Waffe gegen das Scharlachgift, als ein Mittel, das den Organismus befähigt, die Krankheit zu unterdrücken noch bevor sie eine bedrohliche Steigerung erfahren hat. Die Serumkrankheit, die öfters sich entwickelt, aber in mäßigen Grenzen bleibt, ist gern in den Kauf zu nehmen. Meist ist die Injektion von 200 ccm nötig (an zwei Stellen unter die Bauchhaut, rechts und links), bei leichteren Fällen und jüngeren Kindern genügen 100 ccm. Grätzer.

O. Garlipp, Über die Behandlung des Scharlachs mit dem Moserschen polyvalenten Scharlachserum. (Aus der Univers.-Kinderklinik der Charité in Berlin.) (Die medizin. Klinik. 1905. Nr. 51.) G. hat bei neun Fällen von Scharlach das Mosersche Serum angewandt, aber keine befriedigenden Resultate erzielt, namentlich bei schwereren Fällen nicht. Bei leichteren ging ja einige Male das Fieber herunter und das Allgemeinbefinden besserte sich vorübergehend, aber diese Vorteile werden durch die unangenehmen Nebenwirkungen, welche große Serummengen häufig auslösen, schwer erkauft. Dabei wandte G. nur 150 ccm als Höchstmenge an, während man in Wien jetzt 200 ccm zu injizieren pflegt. Von den neun Fällen bekamen fünf Nephritis, eine Zahl, die den gewöhnlichen Durchschnitt weit übersteigt. Da Pirquet nach Serumeinspritzungen Albuminurie beobachtet hat, so kann die Möglichkeit nicht von der Hand gewiesen werden, daß die durch Serum schon geschädigte Niere dem Scharlachgift weniger Widerstand entgegensetzen kann. Eine Beeinflussung des Exanthems durch das Serum war nie zu konstatieren, ebensowenig Besserung der Rachen- und Drüsenaffektionen. G. kann sich daher nicht entschließen, von dem Serum in seiner gegenwärtigen Form weiter Gebrauch zu machen. Grätzer.

J. Raczynski, Die Behandlung der Skarlatina mit Moserschem Serum. (Lwowski Tygodnik lekarski. 1906. Nr. 1, 2, 3.) Angeeifert durch die brillanten Erfolge der Diphtherieserumtherapie, ging man daran, die Serumtherapie auch bei der Skarlatina anzuwenden. Doch die Vorbedingungen waren verschieden. Während bei der erstgenannten Krankheit die genaue Kenntnis des Krankheitserregers der Einführung der Serumtherapie voranging, ist man über den Erreger der Skarlatina noch ganz im unklaren. Den Befunden Baginskys und Sommerfelds, die in allen darauf hin untersuchten Fällen im Blute bei verstorbenen Scharlachkranken Streptokokken fanden, stehen Jochmanns Ergebnisse entgegen, welcher gerade bei furibund verlaufenden Fällen keine Streptokokken im Blute vorfand; bloß in einzelnen, jedoch entweder mit Diphtherie, Lymphdrüsenaffektionen oder dergleichen komplizierten Fällen.

Sollten die Befunde Baginskys und Sommerfelds richtig sein, dann müßte der als Scharlacherreger angesprochene Streptococcus Eigentümlichkeiten erkennen lassen, die ihn von dem Streptococcus pyogenes differenzieren lassen, was aber bis jetzt nicht der Fall ist.

Auch klinische Beobachtungen sprechen gegen die Annahme dieses, dem Streptococcus pyogenes sehr nahe verwandten Krankheitserregers als Ursache des Scharlachs. Während einmaliges Überstehen des Scharlachs dem Patienten eine gewisse Immunität verleiht, rezidivieren leicht Rotlauf, Phlegmone u. dergl. Krankheiten, die durch den Streptococcus pyogenes hervorgerufen werden; ferner erkranken Kinder unter einem Jahr leicht an Erysipel oder Phlegmone, fast nie an Scharlach (Heubner sah unter 6 Monaten kein Kind an sicherem Scharlach erkranken. Ref.), schließlich werden Fälle von gleichzeitigem Auftreten von Erysipel und Skarlatina beobachtet.

(Ref. beobachtete einen Fall, woselbst nach einem Scharlach mit Diphtherie kompliziert, nach Injektion von Behring-Serum von der Injektionsstelle ausgehend sich nach beiläufig einer Woche ein regelrechtes wanderndes Erysipel entwickelte, dessen Heilung 6 Tage in Anspruch nahm.)

Diese Momente sprechen alle gegen die Annahme eines allenfalls dem Streptococcus pyogenes sehr nahe verwandten Virus als Krankheitserreger des Scharlachs. Zugegeben muß aber werden, daß das unbekannte Skarlatinavirus die Giftigkeit des Streptococcus pyogenes bedeutend erhöht, so daß wir die Scharlachsymptome eigentlich in zwei Gruppen teilen müssen: 1. solche, die das unbekannte Virus hervorruft und 2. solche, die als Folgezustand des Eindringens des Streptococcus pyogenes anzusehen sind. Die erstgenannten Symptome treten am deutlichsten auf bei den als Scarlatina fulminans bezeichneten Fällen, als wie heftiges Erbrechen, hohes Fieber, Exanthem, zerebrale Erscheinungen, wogegen die zweitgenannten als lokale Prozesse am Rachen, Nase, Ohr sich offenbaren.

Von diesen Prämissen ausgehend, werden wir von den Serum Aronson, Marmorek, Menzer, Bujwid keine Erfolge erwarten können, da dieselben bloß gegen die letztgenannten Erscheinungen wirksam sein könnten.

Moser stellt ein „polyvalentes“ Serum her, und mit diesem stellte Verf. in 27 Fällen seine Untersuchungen an. Kriterium für die Anwendung des Heilmittels war nicht diese oder jene Krankheitsperiode; injiziert wurde das Serum in der Menge von 100 ccm bloß in den allerschwersten Fällen, wo die Prognose evident schlecht war. Von diesen 27 Fällen müssen sechs in Abrechnung gezogen werden, bei diesen trat Exitus vor Ablauf der ersten 24 Stunden nach Injektion ein, also bevor noch das Serum seine Wirksamkeit entfalten konnte.

Die restierenden 21 Fälle können in zwei Gruppen geteilt werden, 17 Fälle wurden der Behandlung unterzogen in der Periode der Komplikationen, hauptsächlich von seiten des Rachens; davon sind 7 Fälle gestorben, geheilt neun und ein Kind wurde von den Eltern vor Ablauf des Krankheitsprozesses nach Hause genommen; 4 Fälle,

der zweiten Gruppe angehörend, welche unkomplizierte jedoch durch die außerordentliche Schwere der Infektion charakterisierte Fälle betrafen, gingen alle in Genesung über.

Nach Berücksichtigung aller Momente kommt Verf. zum Schlusse, daß das Mosersche Serum einen günstigen Einfluß auf den Verlauf der Skarlatina ausübt; die Wirkungsweise beruht teilweise darauf, daß die Intensität der Symptome gemildert wird, teilweise in der Erzeugung der vermehrten Möglichkeit des Organismus, der drohenden lokalen und allgemeinen Infektion mit Streptokokken wirksam zu begegnen. Gabel (Lemberg).

Campe (Schnarsleben), Scharlachtherapie und Scharlachprophylaxe. (Berliner klin. Wochenschrift. 1905. Nr. 52.) C. berichtet über die bisherigen Erfolge mit dem vom Hygien. Laboratorium Marpmann in Leipzig hergestellten Scharlachserum, die ja noch nicht so zahlreich sind, daß ein endgültiges Urteil gefällt werden darf, die aber doch bereits unbedingt dazu ermutigen, dies Mittel zu versuchen. Der Hauptwert dieses Serums scheint offenbar in seiner prophylaktischen Wirksamkeit zu liegen. Grätzer.

Cnopf, Über den Einfluß des roten Lichtes auf Scharlachkranke, welcher im Nürnberger Kinderspital beobachtet wurde. (Münchener med. Wochenschrift. 1905. Nr. 32.) An 14 scharlachkranken Kindern wurde beobachtet, daß mit dem Einwirken des roten Lichtes die Hautröte weicht und Abfall der Temperatur in fast kritischer Weise, sowie Entfieberung am 4.—6. Tage erfolgt. Rotlichtbehandlung erwies sich also durch den mildernden Einfluß auf das Initialstadium des Scharlachs als wichtiger therapeutischer Faktor. Grätzer.

Sörensen (Däne), Über die sogenannten „return cases", d. h. von entlassenen Geschwistern angesteckte, im Hospital wieder aufgenommene Fälle bei Skarlatina. (Hospitalstidende. 1906. Nr. 11.) Im Epidemiekrankenhause zu Kopenhagen bleiben die Scharlachpatienten 8 Wochen, doch sieht man verhältnismäßig oft, daß sie nach dem Entlassen ihre Geschwister zu Hause anstecken. Unter 10299 vom Jahre 1893 bis zu 1901 entlassenen Patienten waren 372 oder 3,6 $^0/_0$ return cases; da natürlich nicht alle die angesteckten zum Hospital überführt werden (nur $^2/_3$ der sämtlichen angezeigten Fälle in Kopenhagen werden überhaupt hospitalisiert), ist diese Prozentzahl noch größer. Trotz den verschiedensten Methoden ist es nicht gelungen, dieses bedauernswerte Verhalten zu ändern und, solange man die Ansteckungsweise des Scharlachs nicht kennt, steht man dieser Sache ganz hilflos gegenüber. Adolph H. Meyer (Kopenhagen).

Sörensen, Über sogenannte return cases — d. h. durch entlassene Geschwister angesteckte, dem Spitale zurückgeschickte Fälle — bei Scharlach. (Aus dem Blegdamspital in Kopenhagen.) (Therap. Monatshefte. März 1906.) Es wurde in einzelnen Jahren verschiedenes getan, um die Zahl der „return cases" zu vermindern: Einrichtung einer „Entlassungsabteilung", Sublimat-

bäder, Eukalyptuseinreibungen, Reinigungen von Nase und Schlund mit Kreolinwasser — alles vergeblich. Einzige Schutzmaßregel würde sein, die Kranken lange Zeit nach der Heilung zu isolieren, weit länger, als es jetzt geschieht. Aber bei nur einzelnen Patienten persistiert die Ansteckungsfähigkeit — dann aber oft recht lange —, bei den meisten nicht. Sollte man da alle Patienten diesem langen Isolierzwange unterwerfen? Kurz, wir stehen diesen Verhältnissen noch völlig hilflos gegenüber. Grätzer.

S. Sufrin (Jassy), Drei anormale Fälle von Scharlach bei drei Brüdern. (România medicala. 1905. Nr. 8.) Die drei im Alter von 6, 4 Jahren und 5 Monaten befindlichen Patienten, boten jeder eine andere Form der skarlatinösen Erkrankung dar, sowohl was das Exanthem, als auch was die Schwere des Verlaufes anbetrifft. Bei dem 6jährigen Knaben trat eine außerordentlich schwere und rasch verlaufende Skarlatina auf, mit stark ausgeprägtem Ausschlage, diphtheroidem Halsbelage und hoher Temperatur, die unter komatösen Erscheinungen nach 5 Tagen zum Tode führte. Der zweite Patient bot nur einige rotgeränderte, mit klarem Inhalte gefüllte Bläschen auf dem Gesichte dar, Schwellung und Röte der Mandeln, und nach 3 Wochen entwickelte sich Nephritis, welche in Heilung überging. Die Temperatur war immer eine mäßige gewesen, der Allgemeinzustand blieb gut. Endlich beim dritten, 5 Monate alten Kinde, war das Exanthem gering, dauerte kaum einen Tag, hingegen bestand starke Halsentzündung, hohe Temperatur und sehr frequenter Puls. Auch hier trat nach 5 Tagen Exitus ein. Diese drei im Laufe von einem Monate in derselben Familie aufgetretenen Fälle sind ein Beispiel für die große Diversität der skarlatinösen Erscheinungen und ein Beweis, daß auch Kinder im frühesten Alter von der Ansteckung nicht verschont bleiben. E. Toff (Braila).

L. Bleibtreu, Zwei seltene Beobachtungen bei Scharlach. (Münchener med. Wochenschrift. 1905. Nr. 37.) Die erste Beobachtung betrifft ein Scharlachrezidiv am Ende der sechsten Woche. Es handelte sich um ein wahres Scharlachrezidiv, welches im großen und ganzen ebenso verlief wie der erste Anfall; nur hielt das Fieber etwas länger an und es trat eine leichte Gelenksaffektion und eine leichte Nephritis auf. Solche späte Rezidive sind sehr selten.

Die zweite Beobachtung betrifft eine Rekonvaleszentin nach Scharlach, welche frische Striae patellares aufwies. Patientin hatte einen ziemlich schnell und gutartig verlaufenden Scharlach gehabt ohne irgendwelche ernstere Komplikation. Derartige Striae kommen bei Scharlach gewöhnlich nicht vor, sie wurden bisher nach langdauernden, schweren, fieberhaften Krankheiten beobachtet, besonders nach Abdominaltyphus. Sehr auffällig war hier auch der Umstand, daß die Striae gleichzeitig und symmetrisch an den Kniegelenken und Glutäalgegenden sich etablierten. Die Ätiologie blieb rätselhaft.

Grätzer.

O. Gross, Über Komplikation von Scharlach mit Ikterus. (Aus der medizin. Universitätsklinik zu Straßburg i. E.) (Münchener

med. Wochenschrift. 1905. Nr. 48.) G. gibt die Krankengeschichten von zwei (erwachsenen) Scharlachkranken, die während des Scharlachs Ikterus bekamen. Es handelte sich nicht um jene schweren septischen Fälle, die ja oft Ähnlichkeit haben mit der akuten gelben Leberatrophie, sondern es waren leichte Fälle von Skarlatina, und der Ikterus verschwand nach einigen Tagen wieder. Es waren offenbar leichte Veränderungen im Verdauungskanal im Spiel, wie sie häufige Begleiterscheinungen des Scharlachs sind. Für den Zusammenhang mit Störungen des Verdauungstraktus sprach in einem Falle schon das Verhalten der Fäzes, aus dem man ein Stocken des Gallenabflusses in den Darm schließen durfte; vielleicht lag ein Katarrh der Gallenwege zugrunde.

Die Komplikation gehört zu den Seltenheiten. Unter 130 in den letzten 9 Jahren in der Klinik behandelten Scharlachfällen fand sie sich nur die zwei Male.

Grätzer.

Méry et **J. Hallé** (Paris), Les perforations du voile du palais dans la scarlatine. (Archives de méd. des enf. 1905. Nr. 12.) Eine seltene und interessante Komplikation, die man im Laufe des Scharlachs beobachten kann, ist die ulzeröse Angina, welche zur Perforation des Gaumensegels führen kann. Der einzige und erste, welcher diese Veränderungen richtig gewürdigt hat, ist Henoch, indem er dieser Angina den Namen Angina necrotica gab, auch wies er auf die mitunter vorkommenden Perforationen hin.

Die in Rede stehende Angina ist eine Früherscheinung der Skarlatina; dieselbe erstreckt sich binnen wenigen Stunden von den Mandeln auf die Gaumenbögen, das Zäpfchen und den weichen Gaumen und hat das Aussehen einer diphtheroiden Erkrankung. Nichtsdestoweniger handelt es sich nicht um Pseudomembranen, sondern die Schleimhaut ist infiltriert, stößt sich später ab und es bildet sich ein mehr oder weniger tiefes Geschwür mit scharfen Rändern, ovaler Form und einem graulichen Belag. Manchmal findet man nur ein einziges Geschwür, in anderen Fällen zwei, die gewöhnlich symmetrisch, auf beiden Seiten des Gaumensegels, ihren Sitz haben. Sind die Geschwüre tief, so kommt es zur Durchbohrung derselben; es ist wichtig, zu wissen, daß dies ohne jedwedes besonderes Symptom vor sich geht, indem weder näselnde Sprache, noch irgendwelche andere Sprachstörung zu bemerken sind. In den meisten Fällen, in welchen man Perforationen zu beobachten Gelegenheit hat, handelt es sich um sehr schwere Scharlacherkrankungen und der Ausgang ist ein tödlicher; in den seltenen Fällen, in welchen dies nicht stattfindet, sieht man die Perforation sich unter Narbenbildung spontan schließen.

Die Verff. haben die selbstbeobachteten Fälle von Gaumenperforation bakteriologisch untersucht und in keinem Löfflersche Bazillen gefunden; hingegen findet man zahlreiche Kokken, wie solche meist in zerfallenden Geweben gefunden werden und mitunter Streptococcus pyogenes. Anaerobe Mikroorganismen wurden nicht gefunden, wodurch der Prozeß von den gewöhnlichen Gangränen zu unterscheiden ist. Die interessante Arbeit, die im Original nachgelesen

werden sollte, enthält acht Krankengeschichten, von denn sechs den Verff. angehören. E. Toff (Braila).

Manicatide (Jassy), Die Dauer der Inkubation beim Scharlach. (România medicala. 1906. Nr. 2.) M. hat in fünf genau beobachteten Fällen von Scharlach, in welchen die betreffenden Kinder nur einmal in Berührung mit Skarlatinösen gekommen waren, die Inkubationsdauer der Krankheit von 6—7 Tagen gefunden. Die Krankheit trat nach 6 Tagen auf und am siebenten Tage entwickelte sich das Exanthem. Die angegebene Inkubationsdauer wird auch von anderen Autoren angeführt, doch besteht im großen und ganzen keine diesbezügliche Übereinstimmung, da in manchen Beobachtungen eine kürzere, in anderen wieder eine längere Inkubation gefunden wurde. M. schließt daraus, daß die Inkubationsdauer keine gleichbleibende Größe sei, daß aber bei denselben Epidemien und bei gleichbleibenden Beobachtungen identische Zahlen gefunden werden.

E. Toff (Braila).

Alice Hamilton, Milk and Scarlatina. (American Journal of the Medical Sciences. November 1905.) Die Verbreitung des Scharlachs durch Milch ist oft behauptet und angenommen worden.

Verfasserin hat die wichtigsten Literaturangaben zusammengetragen und gelangt zu dem Schluß, daß eine derartige Verbreitung sehr wohl stattfinden kann. Milch scheint einen guten Nährboden für den Erreger des Scharlachs zu bieten.

Jedoch sind viele bisherigen Berichte über Epidemien dieser Krankheit mit Unrecht auf Milchtrinken bezogen worden. Man hat nämlich bemerkt, daß Kühe an einer dem Scharlach ähnlichen Affektion leiden können und folgerte daraus, daß diese Affektion auf den Menschen übertragbar und mit Skarlatina identisch sei.

Dem ist aber nicht so. Kühe werden vom Scharlach nicht befallen, aber sie leiden manchmal an Sepsis und Pocken, was eben zu jener falschen Annahme verleitet hat. Die Milch solcher kranken Kühe kann beim Menschen keinen Scharlach verursachen.

Wohl aber können Scharlacherreger in Milch gelangen und dann weiter verschleppt werden, da das Scharlachgift in der Milch zu gedeihen scheint.

Die prophylaktische Tragweite dieser Tatsache ergibt sich von selbst. Leo Jacobi (New York).

B. Salge, Kann eine an Scharlach erkrankte Mutter stillen? (Aus der Kgl. Universitätskinderklinik in Berlin.) (Berliner klin. Wochenschrift. 1905. Nr. 36.) Eine 17jährige Mutter wurde am 24. II. 1905 als Amme mit ihrem 10 Tage alten Kinde auf die Säuglingsstation gebracht. Am 24. III. erkrankte sie an Scharlach und hatte 4 Tage lang Temperatur von 39—40° und erst am neunten Tage wieder normale Temperatur. Bis zum vierten Krankheitstage war sie imstande, das Kind an der Brust zu sättigen, dann erst mußte die Flasche beigegeben werden, und am siebenten Tage blieb die Milch aus. Am elften Tage stellte sich die Milchsekretion wieder ein; zunächst wurde wieder Allaitement mixte eingeleitet, nach und nach vermehrte sich die Milch wieder und 26 Tage nach Beginn des

Scharlach konnte wieder ausschließlich an der Brust genährt werden, das Kind gedieh recht gut.

Der Fall zeigt, daß bei gutem Willen und rationellem Vorgehen die scharlachkranke Mutter die Ernährung ganz gut fortsetzen kann (sehr schwerer Scharlach wird natürlich dies nicht gestatten!), ohne daß sie selbst oder das Kind Schaden erleidet. Das Kind ist im ersten Halbjahr gegen Scharlach so gut wie immun.

Auch andere akute Erkrankungen der Mutter, z. B. Masern, Diphtherie dürften an sich keinen Grund gegen das Stillen abgeben; bei letzterer Krankheit ist der Säugling allerdings durch Serum zu schützen.

Die einzige Erkrankung der Mutter, die prinzipiell das Anlegen des Kindes verbietet, ist die Tuberkulose. Grätzer.

F. Bourganel, Prophylaxie de la Diphthérie. (Thèse de Paris. 1905.) Der Verf. hat auf Anregung Netters Untersuchungen über die Schulprophylaxis der Diphtherie angestellt und gefunden, daß die alten Mittel, Schließung und Desinfektion, illusorisch sind, da auf diese Weise dem Ausbruch einer Epidemie nicht vorgebeugt werden kann. Zu diesem Behufe ist es am zweckmäßigsten, gleich nach Erscheinen der ersten Diphtheriefälle alle Schulkinder mit Antidiphtherieserum prophylaktisch einzuspritzen. Dieses Vorgehen sollte obligatorisch eingeführt werden und hierzu ein regelmäßiger ärztlicher Dienst, welcher alle öffentlichen und privaten Normalschulen umfassen soll, eingeführt werden. E. Toff (Braila).

Ant. Scheiber, Ein Beitrag zur Prophylaxis bei Diphtheritis. (Wiener klin. Wochenschrift. 1905. Nr. 44.) Aus den an einer Epidemie in Zipf in Oberösterreich gemachten Erfahrungen zieht S. folgende Schlußforderungen:

1. Die Infektiosität der Erkrankung ist eine hochgradige; günstige hygienische Verhältnisse in bezug auf Wohnung usw. haben auf die Ausdehnung derselben keinen wesentlich hemmenden Einfluß.

2. Die Isolierung der Erkrankten, sowie die Desinfektion der Wohnräume und Krankenzimmer, hat für die Bekämpfung einer Diphtherieepidemie bei Berücksichtigung der ländlichen Verhältnisse nur beschränkten Wert.

3. Durch ausgedehnte Präventivimmunisierung wird nicht bloß die Gefahr der Erkrankung gebrochen, sondern der Epidemie selbst am raschesten ein Ende bereitet. Grätzer.

Ellore Bargellini, Beitrag zum Studium der Serumprophylaxe der Diphtherie. (Rivista di Clinica Pediatrica. März 1905.) Verf. hat bei einer Diphtherieepidemie zu prophylaktischen Zwecken ein aus dem Turiner Institut stammendes Serum von 150 bis 200 I.-E. bei 45 Kindern in 19 Familien angewandt; von der Krankheit verschont blieben 34 Kinder in 17 Familien; in einer Familie erkrankten zwei, in einer andern neun Kinder an Diphtherie. In allen diesen Fällen verlief die Diphtherie in sehr kurzer Zeit und hatte einen sehr gutartigen Charakter. F.

B. Fischer, Die Bekämpfung der Diphtherie mit Berücksichtigung der bei einer Epidemie in einem Automatenrestaurant gemachten Erfahrungen. (Aus dem hygien. Institut der Universität Kiel.) (Münchener med. Wochenschrift. 1906. Nr. 6 u. 7.)

F. ist für sehr energische prophylaktische Maßnahmen, da durch solche allein etwas ausgerichtet werden kann. Er sagt:

„Unsere bisherigen prophylaktischen Maßnahmen, welche im wesentlichen darin bestanden, daß die von den Ärzten als diphtheriekrank Erkannten und Gemeldeten bis zur völligen Genesung abgesondert wurden, wobei der Auswurf desinfiziert und zum Schluß gewöhnlich eine Desinfektion des Krankenraumes, der vom Kranken benutzten Wäsche, Kleider und Gebrauchsgegenstände, sowie des Genesenen selbst erfolgte, sind zweifellos von Nutzen gewesen, so daß wir uns für berechtigt hielten, das überall bei uns in den letzten beiden Dezennien beobachtete Zurückgehen der Diphtherie zum Teil wenigstens damit zu erklären. Aber es sind doch auch Fälle beobachtet worden, in denen nach Aufhebung der Isolierung und erfolgter Desinfektion die Krankheit in derselben Familie, Haushaltung usw. von neuem auftrat. Während man anfangs derartigen Erfahrungen ziemlich ratlos gegenüberstand, fällt heutzutage ihre Erklärung nicht schwer. Wissen wir doch jetzt, daß wir unsere an sich gewiß brauchbaren Maßnahmen nur auf einen Teil der Infektionsquellen und auf diese gewöhnlich nicht lange genug angewandt haben. Die nicht in ärztliche Behandlung gekommenen, die klinisch nicht diagnostizierten Diphtherieerkrankungen sind bisher unberücksichtigt geblieben, ebenso die genesenen und die gesunden Bazillenträger. Ein Weiterumsichgreifen der Diphtherie können wir aber nur vermeiden, wenn wir alle Infektionsquellen ausfindig machen und mit den prophylaktischen Maßnahmen nicht eher aufhören, als bis sie alle versiegt sind. Dazu gehört, daß wir die Umgebung Diphtheriekranker auf noch vorhandene oder schon abgelaufene diphtherieverdächtige Erkrankungen einerseits, auf gesunde Diphtheriebazillenträger andererseits gründlich absuchen.

Man darf dabei nicht nur die in ärztlicher Behandlung Gewesenen berücksichtigen, sondern auch diejenigen, welche sich wegen geringfügiger Beschwerden usw. gar nicht an den Arzt gewandt haben und man muß sein Augenmerk nicht nur auf Erkrankungen des Schlundes bzw. Rachens, sondern auch auf solche der Nase, des Mittelohrs, der Augenbindehaut, der Vulva usw. richten. Von allen derartigen aufgefundenen Kranken bzw. Genesenen, von allen Nichterkrankten, ferner die mit Kranken oder Genesenen in nähere Berührung gekommen waren, ist durch bakteriologische Untersuchung festzustellen, ob sie zu den Infektionsquellen zu rechnen sind, d. h. ob sie entwicklungsfähige Diphtheriebazillen in ihrem Körper beherbergen.

Alle Kranken, Genesenen bzw. Nichtkranken, bei denen Diphtheriebazillen gefunden werden, sind aber zu isolieren oder doch wenigstens in ihrem Verkehr derartig zu beschränken, daß der Übergang der Krankheitserreger auf weitere Personen ausgeschlossen ist.

Gleichzeitig ist durch eine lokale Behandlung mit Desinfizientien die Abtötung der Diphtheriebazillen auf den in Betracht kommenden Schleimhäuten usw. anzustreben. Hierzu scheint sich das von Löffler

für die lokale Behandlung der Rachendiphtherie experimentell und in der Praxis erprobte Mittel besonders zu empfehlen. Es wird womöglich mehrmals täglich angewandt.

Neben der lokalen Behandlung hat eine fortlaufende Desinfektion der bazillenhaltigen Ausscheidungen (Auswurf, Nasenschleim, Ohren-, Konjunktival-, Vaginal-, Wundsekret usw.) und der damit in Berührung gekommenen Personen und Sachen stattzufinden.

Isolierung, lokale Behandlung und fortlaufende Desinfektion müssen so lange fortgesetzt werden, bis die in regelmäßigen Intervallen ausgeführte bakteriologische Untersuchung wenigstens zweimal hintereinander zur Auffindung der Diphtheriebazillen nicht mehr geführt hat. Erst jetzt folgt noch die Schlußdesinfektion, die sich auf den Körper, die Wäsche, Kleider, Betten, das Geschirr und die sonstigen Gebrauchsgegenstände, sowie auf den Krankenisolier- bzw. Aufenthaltsraum der Genesenen bzw. der ehemaligen Bazillenträger zu erstrecken hat."

Daß solche Maßnahmen in der Praxis auf Schwierigkeiten stoßen werden, darüber ist sich F. klar. Aber sie lassen sich doch einigermaßen durchführen, und zwar mit Erfolg, wie F. an einem Beispiel zeigt. Dadurch, daß eine ganze Anzahl junger Leute, die in einem Restaurant verkehrten, hintereinander an Diphtherie erkrankten, wurde man auf dieses Lokal als Infektionsquelle aufmerksam, und bei der darauf eingeleiteten Untersuchung ergab sich, daß auch eine Anzahl der in diesem Restaurant Bediensteten, wenn sie auch nur leicht erkrankt erschienen oder ganz frei von Krankheitserscheinungen waren, in evidentem Maße Bazillenträger waren, infiziert durch einen Kellner. Die energischen Maßnahmen, die daraufhin getroffen wurden, werden von F. geschildert.

Grätzer.

H. Maag (Däne), Kann man eine Diphtherieepidemie durch präventive Injektionen von antidiphtheritischem Serum stoppen? (Hospitalstidende. 1906. Nr. 9.) Während einer Diphtherieepidemie in der kleinen Stadt Nästved wurden, wenn ein Fall in einer Familie entstand, alle die anderen Kinder, bisweilen der ganze Hausstand gespritzt. 2000 A.-E. wurden jedesmal injiziert. Von 423 Immunisierten bekamen nur drei Diphtherie bzw. am 35. und 56. Tage nach der Injektion. 10 % bekamen Serumexantheme. Mehrmals wurden die Eltern ergriffen, die immunisierten Kinder nicht. Der Verf. ist der Ansicht, daß es möglich ist, durch Injektion von 2000 A.-E. 5wöchentliche Immunität hervorzurufen, und wo man alle die gesunden auf einmal zu immunisieren vermag, ist es durch die Injektionen möglich, eine beginnende Diphtherieepidemie zu stoppen, wenn sie auf einem begrenzten Gebiet auftritt; eine Diphtherieepidemie, die auf einem größeren Gebiet auftritt, kann man dämpfen, wenn man in jedem einzelnen Fall den Hausstand des Ergriffenen immunisiert.

Adolph H. Meyer (Kopenhagen).

Maurizio Pincherle, Betrachtungen über die Anwendung der bivalenten Antidiphtheriesera Sclavo-Bandi. (Rivista di Clinica Pediatrica. Juni 1905.) In Italien sind zwei von Bandi und

Sclavo nach neuen Prinzipien hergestellte Antidiphtheriesera im Handel. Ein bivalentes, gleichzeitig antitoxisch und antibakteriell wirkendes Serum zur subkutanen Anwendung, das in zugeschmolzenen Glastuben verkauft wird, und ein vorwiegend bakterizid wirkendes, das durch Vorhandensein sehr energischer antiseptischer Substanzen wirksamer gemacht ist, zum Gebrauch für lokale Pinselungen auf primären diphtherischen Herden. Verf. berichtet über 17 mit diesen Sera behandelte Fälle und kommt zu dem Ergebnis, daß sowohl die lokale bakterizide Behandlung wie die gemischt antitoxisch-antibakterielle eine schnelle und energische therapeutische Wirkung hat bei Formen der Diphtherie, die nicht kompliziert sind durch geringe Widerstandsfähigkeit des Organismus oder durch schwere toxische Phänomene. Die Behandlung erwies sich als erfolglos, wenn der Organismus schon seit zu langer Zeit oder zu schwer intoxiziert war. Die lokale bakterizide Behandlung scheint geeignet, sowohl präventiv und prophylaktisch zu wirken, und von großer Bedeutung, um ein Weitergreifen des Prozesses zu verhüten. F.

Luigi Concetti, Die antibakteriellen Sera bei der Behandlung der Diphtherie. (Rivista di Clinica Pediatrica. Juni 1905.) Verf. hat sich eines von Belfanti und Bandi hergestellten Serums bedient, das im Gegensatz zu dem sonst gebrauchten nicht nur gegen das Diphtherietoxin sondern auch gegen die Bakterien wirken soll und zwar hat er es bei einfacher Lokalisation der Diphtherie im Rachen alle 2 Stunden lokal aufgepinselt oder auch stündlich 8—10 Tropfen in die Nase geträufelt. Nur in schwereren Fällen ist er zu subkutanen Injektionen geschritten. Bei diphtherischem Krupp, insbesondere mit Bronchopulmonalerscheinungen, hat er außerdem mittels einer Bageuxschen Spritze alle 3—4 Stunden 2,5 ccm in die Trachealkanüle oder den Kehlkopftubus eingeträufelt; bei nicht tracheotomierten oder intubierten Kindern geschah die Instillation direkt in den Kehlkopf. Die Erfahrungen, die Verf. mit der Anwendung dieses Serums machte, waren sehr günstige. F.

Enrico Gagnoni, Über ein antitoxisches und bakterizides Diphtherieheilserum. (Rivista di Clinica Pediatrica. April 1905.) Prof. Bandi hat ein Diphtherieserum erzeugt, dem sowohl antitoxische wie antibakterielle Wirkung zukommt. Er hat zunächst ein Serum hergestellt, das nur eine ganz geringe antitoxische Wirkung hat, und hat dieses fast ausschließlich antibakteriell wirkende Serum in einigen Fällen von Diphtherie mit Erfolg angewandt. Durch diesen Erfolg ermutigt, ist er dann an die Präparation eines gleichzeitig antibakteriell und antitoxisch wirkenden Serums gegangen, das im Gegensatz zu den gewöhnlich in Gebrauch befindlichen Präparaten eine erhebliche Menge spezifischer Antikörper enthält. Dieses Serum hat Verf. mit gutem Erfolg benutzt; er verspricht, über seine klinischen Erfahrungen später zu berichten. F.

Enrico Gagnoni, Das antidiphtheritische Serum mit antitoxischer und antibakterieller Wirkung bei der präventiven und kuresiven Behandlung der Diphtherie. (Rivista di Clinica

Pediatrica. Juni 1905.) Das antibakterielle Diphtherieserum wirkt auf die Diphtheriebazillen mittels der in ihm enthaltenen Antikörper. Wenn man nach Ablösung der Pseudomembran auf die erkrankte Stelle das Serum aufpinselte und dann nach 4—5 Stunden Abstrichpräparate machte, so sah man eine enorme Zahl mono- und polynukleärer Leukozyten und die Diphtheriekeime zum großen Teil von diesen aufgenommen und schlecht färbbar. Nach 12 Stunden waren die Leukozyten weniger zahlreich, aber die Keime waren sehr spärlich und voller schlecht färbbarer Granula. F.

Hj. Suber (Schwede), Zur Dosierung des antidiphtherischen Serums. (Hygiea. 1905. Nr. 6.) Der Verf. rät, große Dosen zu benutzen, in mittelschweren Fällen 3—4000, in schweren Fällen 5—15000 I.E. eines hochwertigen Serums. Auch zur präventiven Injektion wird große Dosis empfohlen. Große Dosen verhindern nach seiner Ansicht Lähmungen. Bei den schwersten Fällen empfiehlt er intravenöse Injektionen großer Dosen.

Adolph H. Meyer (Kopenhagen).

Carlo Francioni, Über die Pathogenese der serotherapeutischen Zufälle. (Rivista di Clinica Pediatrica. April 1905.) Vorliegender Aufsatz ist eine kritische Studie über die Mitteilungen Marfans über das Blut mit Antidiphtherieserum behandelter Kinder, und die sich im wesentlichen mit denen von Wiener Pädiatern und vom Verf. ausgesprochenen Ansichten decken. F.

Cornelia de Lange, Recidivierend polymorph Serumexanthem. (Rezidivierendes polymorphes Serumexanthem.) (Ned. Tydsch. v. Geneesk. 1905. Bd. 1. S. 739.) Fälle von rezidivierenden nichtpolymorphen Exanthemen nach der Injektion von Diphtherieserum sind sehr bekannt. Im Falle L.s handelt es sich aber um ein bis jetzt nicht bekanntes rezidivierendes polymorphes Serumexanthem, welches den 8. und auch den 19. Tag auftrat nach der Injektion von Diphtherieheilserum. Graanboom (Amsterdam).

H. Lehndorff, Serumkrankheit nach wiederholten Seruminjektionen. (Aus dem Karolinen-Kinderspital.) (Monatsschrift f. Kinderheilkunde. Februar 1906.) L. hat die klinischen Beobachtungen von v. Pirquet und Schick über die Reinjektionen an 30 Fällen nachgeprüft und kam dabei zu Resultaten, die in allen wesentlichen Punkten mit den Angaben jener beiden Autoren völlig übereinstimmten. L. konnte das Auftreten von sofortiger Reaktion ganz konstant bei den Reinjektionen zwischen dem 10. und 35. Tage nach der ersten Injektion beobachten. Vorher war sie nicht zu konstatieren und nachher fand sie sich nur einmal als geringes Ödem am 102. Tage. Beschleunigte Reaktion trat konstant vom 46. Tage an auf und war sogar noch nach 8 Jahren charakteristisch vorhanden. Sofortige und beschleunigte Reaktion bei demselben Patienten hatte L. fast nie Gelegenheit zu sehen.

Bezüglich der einzelnen klinischen Symptome machte L. folgende Erfahrungen: Das spezifische Ödem trat besonders dort charakteristisch zutage, wo sich auf Injektion von wenigen Kubikzentimetern

eine mächtige Schwellung anschloß. Die sofortige Allgemeinreaktion kann fast nie in typischer Weise zur Beobachtung, da speziell der Ausbruch von Exanthemen häufig unterblieb; Fieber war stets vorhanden, und zwar zumeist nach einigen Stunden ein plötzliches Emporschnellen zu hohen Temperaturen mit mehr oder weniger beträchtlicher Störung des Allgemeinbefindens. Eine Albuminurie trat nur in einem Falle auf, wo die Serumerkrankung nach der ersten Injektion auch mit Eiweißausscheidung einhergegangen war. Was die beschleunigte Reaktion betrifft, so möchte auch L. den überstürzten Verlauf als pathognostisch bezeichnen. Auch hier kamen, wie bei der normalzeitigen Reaktion, alle Einzelsymptome in den verschiedenen Kombinationen zur Beobachtung — Fieber, Exantheme, Gelenkschmerzen, Ödeme und Drüsenschwellungen; selten kamen alle Erscheinungen gleichzeitig vor.

Besondere Erwähnung verdienten zwei Geschwister, die wiederholt wegen Diphtherie nach verschiedenen Zeitintervallen injiziert wurden; bei beiden trat beschleunigte Reaktion auf Injektion derselben Serumart und Menge nach gleicher Inkubationszeit und in gleicher unvollständig entwickelter Form auf, indem bei beiden am vierten Tage hohes Fieber, Albuminurie auftrat, aber kein allgemeines Exanthem, wodurch die Annahme einer familiären Disposition möglich erscheint. Manchmal treten unmittelbar im Anschluß an die erstmalige Injektion Zeichen von sofortiger Allgemeinreaktion auf: Fieber, Exanthem, Allgemeinerscheinungen; solcher Fälle hat L. drei gesehen. Dann berichtet er über zwei Fälle, die einen vom bekannten Typus der Serumkrankheit nach Erstinjektion abweichenden Verlauf zeigten, indem sie ungefähr das Bild der beschleunigten Reaktion boten. Ein eigentümliches Symptom kam bei einem Knaben zur Beobachtung: Ausbreitung des Ödems über das Skrotum und Anschwellung beider Nebenhoden. Bei einem anderen standen im Verlaufe der schweren Serumkrankheit besonders die Symptome von seiten der Gelenke im Vordergrunde; die Gelenkserscheinungen gingen allen übrigen Symptomen voran und traten bereits am vierten Tage nach der Injektion auf. In diesem Falle wurde auch ein Erguß ins Kniegelenk gefunden.

Auch „Formes frustes“ der Serumkrankheit konnten beobachtet werden. Weitaus am häufigsten war ein Serumfieber zu konstatieren, d. h. zwischen 8. und 13. Tag eine Temperaturerhöhung, meist einen Tag, seltener länger anhaltend. Oft ist dies das einzige klinische Symptom. Manchmal findet man gleichzeitig eine 1—2 Tage währende Ausscheidung von Albumen, gar nicht selten eine Rhinitis oder Bronchitis, vereinzelt vorübergehende Gelenkschmerzhaftigkeit als einziges Symptom. Hier und da ist auch eine kurzdauernde Diarrhöe, oder Erbrechen, oder nur Unruhe u. dgl. an den „kritischen Tagen“ zu konstatieren.

Grätzer.

Julius Eröss, Über die Mortalität der Diphtherie und des Krupp in den größeren Städten Ungarns mit Rücksicht auf die Serumtherapie. (Jahrbuch f. Kinderheilkunde. Bd. 60. Heft 4.) Die statistischen Erhebungen dehnen sich aus auf 35 Städte, von denen im Jahre 1901 nur vier eine Einwohnerzahl von unter 20000

hatten. Zum Vergleich wurden 24 Jahre Serumvorzeit mit hineingezogen. Während dieser 24 Jahre hatte Ungarn zwei große und schwere Epidemien durchzumachen. Um von diesen ein klares Bild zu bekommen, faßte E. die Daten zur Zeit der Diphtherieepidemien nicht etwa en masse zusammen, sondern hielt die einzelnen kleinen Gebiete, beispielsweise einzelne Städte, getrennt auseinander. In den meisten der Epidemienester ist das Letalitätsprozent dann am größten, wenn die Epidemie auf dem Gipfelpunkte ihrer Ausdehnung steht; mit Abnahme der Seuche beginnt es sich zu bessern und mit Aufhören des epidemischen Charakters der Krankheit sinkt es zumeist auf ein Minimum. Während der Epidemie ändert sich also der Genius epidemicus proportional zur Ausbreitung der Seuche. Der Beginn der bedeutenderen Abnahme des Letalitätsprozents fällt unter 30 Städten in neun auf 1895, mithin auf die Serumsvorzeit, findet dann ihre Fortsetzung zur Zeit der Anwendung der Serumstherapie und erreicht zu dieser Zeit ihr Minimum. An anderen Orten (von 30 in 11) fällt der Abfall mit Beginn der ausgedehnten Serumtherapie zusammen. Die Schwierigkeit in der Beurteilung der Serumtherapie liegt zum Teil darin, daß die ausgedehntere Anwendung der Serumtherapie gerade im Wellental begann, wo der epidemische Charakter beinahe in sämtlichen Epidemienestern aufgehört hatte und in einzelnen im Abklingen war, wo also der Genius epidemicus sich auch spontan gebessert hatte. Während also einerseits die Besserung der relativen Mortalität nicht direkt mit dem Einsetzen der Serumtherapie zusammenhängt, kann man diese Besserung doch auch nicht ausschließlich der Veränderung des Genius epidemicus zuschreiben. Während also die Tabellen für den Genius epidemicus entschieden beweiskräftig sind, kann von ihnen hinsichtlich des Wertes des Serums ein in Zahlen ausdrückbarer Beweis nicht abgelesen werden. Der Wert des Serums kann vielmehr nach des Verf.s Ansicht nur durch Beobachtung am Krankenbette entschieden werden. Hecker.

K. Zucker, 1. Über das Auftreten der Diphtherie im letzten Dezennium und ihre Sterblichkeitsverhältnisse. 2. Über den Effekt des Diphtherieserums bei wiederholter Erkrankung und Infektion. (Aus der k. k. Universitäts-Kinderklinik in Graz.) (Wiener klin. Wochenschrift. 1905. Nr. 44.) In der erstgenannten Arbeit kommt Z. zu folgenden Schlüssen:

1. Die Gesamtletalität der Diphtherie in Steiermark hat im Laufe des letzten Dezenniums ziemlich gleichmäßig abgenommen.

2. Hierfür entscheidend ist die zunehmende Verbreitung der Serumtherapie; denn der Prozentsatz der nicht spezifisch Behandelten ist eine Funktion der Letalitätszahl.

3. Der Krankheitscharakter der Diphtherie („Genius epidemicus") hat sich im letzten Dezennium im ganzen nicht wesentlich geändert; denn

a) die Letalität der nicht spezifisch behandelten Fälle ist annähernd dieselbe geblieben;

b) die von vornherein bösartigeren Formen der Erkrankung (progressive und schwer toxische) sind — nach dem klinischen Material

in angegebener Weise beurteilt — im ganzen weder viel häufiger noch viel seltener geworden.

4. Auf die fortdauernde Abnahme der Diphtheriesterblichkeit im Spitale (10,9—3,4 %) sind insbesonders die günstigeren Ergebnisse der Kruppbehandlung von Einfluß.

In der zweiten Arbeit werden als Ergebnis der Nachforschung folgende Sätze aufgestellt:

1. Von den 2323 wegen Diphtherie behandelten Kranken kehrten bisher 21 (0,9 %) mit unzweifelhafter zweitmaliger und 3 (0,13 %) mit drittmaliger Diphtherieerkrankung wieder. Intervall zwischen erster und zweiter Erkrankung ist 1 Monat bis 5½ Jahre.

2. Der Typus der zweitmaligen, bzw. drittmaligen Erkrankung ist im Durchschnitt kein augenfällig leichterer als jener der ersten Erkrankung.

3. Die im wesentlichen auf spezifische Serumwirkung zurückzuführenden von uns registrierten Effekte der Behandlung traten bei wiederholter Erkrankung und Injektion in annähernd gleichem Maße ein wie bei der ersten Erkrankung. Grätzer.

G. Blum, Etude statistique et comparée de la diphthérie à l'hôpital Trousseau en 1903. (Thèse de Paris. 1905.) In der Netterschen Abteilung im Hôpital Trousseau wurden die diphtheriekranken Kinder nicht nur mit spezifischen Serumeinspritzungen, sondern auch mit Kollargol behandelt, indem den leichter kranken Einreibungen von kolloidaler Silbersalbe, den schwerer kranken intravenöse Einspritzungen von Kollargollösung gemacht wurden. Im Vergleiche zu einem früheren Jahre, wo das Kollargol noch nicht zur Anwendung gelangt war, konnte eine geringere Mortalität der toxischen Anginen festgestellt werden. Die hypertoxischen Anginen zeigten eine Herabsetzung der Mortalität um 30 %. Da die Anwendung des Kollargols keinerlei unangenehme Nebenerscheinungen hervorruft, so sollte das Präparat in allen Diphtheriefällen angewendet werden.

E. Toff (Braila).

Wilbur, Report on an epidemic of diphtheria. (California State Journ. of Med. Vol. III. Nr. 4. S. 111.) W. berichtet über seine Erfahrungen, die er bei einer Diphtherieepidemie gemacht hat. Besonders hervorzuheben ist der Rat, hohe Dosen von Diphtherieserum zu geben (4000—36000 Einheiten in einzelnen Fällen bei wiederholten Einspritzungen). Abgesehen von Urtikaria und geringer lokaler Empfindlichkeit beobachtete er keine besonderen Nebenerscheinungen. Er empfiehlt ferner auch prophylaktische Einspritzungen. Zur Desinfektion hält er die Formaldehyddesinfektion nicht ausreichend, wenn nicht daneben gleichzeitig Wasserdampf benutzt wird.

Schreiber (Magdeburg).

T. Fischer (Schwede), Über den Diphtherietod. (Hygiea. 1905. Nr. 9.) Im Epidemiekrankenhause zu Stockholm wurden vom 1. Oktober 1900 bis zum 1. Oktober 1904 7250 Patienten an Diphtherie behandelt, 341 starben. Der Verf. hat die Todesursachen für 287 dieser Fälle untersucht (die übrigen 54 waren solche, in welchen der Tod bei einer sekundär nach Masern oder Scharlach eintretenden

Diphtherie auftrat, oder in welchen die Diphtherie eine andere schwere Krankheit komplizierte, so daß die Todesursache zweifelhaft war). Es zeigte sich, daß unter 107 Fällen von Rachendiphtherie starben: 56 an frühzeitiger Allgemeinintoxikation, 4 an später Sepsis, 47 an später Parese; unter 180 Krupptodesfällen wurden 16 durch frühzeitige Allgemeinintoxikation, 8 durch späte Paresen, 11 durch mechanische Larynxstenose, 104 durch Lungenveränderungen und 41 durch undeutliche Todesursache, wahrscheinlicherweise Lungenveränderungen, verursacht, d. h. zirka die Hälfte stirbt an Lungenleiden, ein Viertel oder etwas mehr an frühzeitiger Allgemeinintoxikation und ein Viertel oder etwas mehr an später Parese. Alle Todesfälle im ersten Lebensjahr und die meisten im 1.—3. Lebensjahr werden von Lungenveränderungen verursacht. Es fehlt nach der Ansicht des Verf.s in der Diphtheriebehandlung noch ein wirksames Antistrepto- und Antistaphylokokkenserum zur Kombination mit dem antidiphtherischen Serum, weil die Sekundärinfektion mit Strepto- und Staphylokokken eine wichtige Rolle bei der Diphtherie auch als Todesursache spielt.

Adolph H. Meyer (Kopenhagen).

Bogomolez, Zur Frage über die Veränderungen der Nebennieren bei experimenteller Diphtherie. (Beitr. z. allg. Path. u. path. Anat. Bd. 38. Heft 3.) B. vergiftete Katzen mit verschiedenen Dosen toxinreicher Diphtheriebazillenbouillon und untersuchte die Nebennieren, die er in Übereinstimmung mit den Literaturangaben stets verändert fand. Nach B.s Untersuchungen handelte es sich um Blutergüsse in die Rindensubstanz und fettige Degeneration derselben. Daneben besteht aber eine gesteigerte sekretorische Tätigkeit der „parenchymatosen Elemente der Rinde“, die durch Serumbehandlung gefördert wird.

Bennecke (Marburg).

R. Scheller u. **P. Stenger,** Ein Beitrag zur Pathogenese der Diphtherie. (Aus dem kgl. hygien. Institut zu Königsberg i. Pr.) (Berliner klin. Wochenschrift. 1905. Nr. 42.) Daß die Nase eine häufige Eingangspforte für Infektionskrankheiten ist, ist allgemein bekannt. Daß die Nasenhöhle auch die Eintrittspforte für Diphtheriebazillen sein kann, davon haben sich die Verff. oft überzeugen können; denn bei der Untersuchung einer großen Anzahl von Angehörigen diphtheriekranker Personen wurden häufig in der Nase Diphtheriebazillen nachgewiesen, während Mund- und Rachenhöhle frei von solchen waren. Die Anwesenheit der Diphtheriebazillen bei einem Individuum kann oft durch lange Zeit hindurch konstatiert werden, ohne daß es zu einer Erkrankung kommt; wohl aber gibt es andererseits Fälle, wo selbst nach 4wöchigem Verweilen der Diphtheriebazillen erst jetzt plötzlich es zu einer Diphtherieerkrankung kommt; man muß daher sich bewußt sein, daß die gesunden Diphtheriebazillenträger nicht nur für andere infektiös sind, sondern auch nach langer Zeit bei plötzlicher Resistenzverminderung des Organismus an Diphtherie erkranken können. Daher bietet der Aufenthalt der Diphtheriebazillen in der Nase eine besondere Gefahr, da gerade in der Nase diese Bazillen sich sehr lange halten.

Die Verff. hatten durch Zufall Gelegenheit, einen direkten Be-

weis für den rhinogenen Ursprung der Diphtherie zu erhalten. Bei einer Patientin, die wegen Hypertrophie der Schleimhaut der linken unteren Nasenmuschel sich einer Operation unterziehen sollte, fanden sich an fünf aufeinanderfolgenden Tagen vor der Operation im Nasensekret beiderseits stets Diphtheriebazillen, beinahe in Reinkultur; auf den Tonsillen waren solche nicht nachweisbar. Erst am Tage nach der Operation fanden sich auch auf den Tonsillen Diphtheriebazillen, und am folgenden Tage entwickelte sich eine typische Rachendiphtherie, ohne daß die Nasenhöhlen klinisch irgendwelche diphtherischen Symptome zeigten.

Der Verff. bringen folgende Epikrise dieses interessanten Falles:

„Wie ersichtlich, haben wir hier unfreiwillig experimentell eine typische Diphtherie durch eine Nasenoperation bei einem Individuum hervorgerufen, das vordem Diphtheriebazillen beherbergt hat, ohne selbst erkrankt zu sein. Es war uns nun wichtig, anamnestische Daten bezüglich der Herkunft der Diphtheriebazillen zu erlangen. Nach eindringlichem Ausfragen erfuhren wir endlich, daß die Patientin Meierin auf einem Gute sei, auf welchem durch längere Zeit Diphtherieepidemie herrschte; speziell ein Mädchen, das mit ihr zusammen arbeitete, sei ebenso wie noch andere Personen an Diphtherie gestorben. 8 Tage bevor sie in die Behandlung eintrat, habe sie ihren Urlaub angetreten und die Gegend des Gutes verlassen.

Wie wir sehen, haben also die Diphtheriebazillen sich durch zumindest 14 Tage, vielleicht auch länger, in der Nasenhöhle aufgehalten, ohne eine Erkrankung hervorzurufen. Erst der Eingriff, den die Operation setzte, hat die Disposition für die Erkrankung erhöht und somit die Erkrankung ausgelöst. Wahrscheinlich ist es, daß die Schädigung des Nasenepithels das Vordringen der Diphtheriebazillen in den Rachenraum ermöglichte. Der Umstand, daß dann die Erkrankung an Diphtherie auf den Rachenraum lokalisiert blieb, daß die Nasenhöhle selbst keinen diphtherischen Prozeß aufwies, dürfte wohl die Ansicht unterstützen, daß wohl bei vielen Rachendiphtherien, auch bei solchen ohne Nasensymptome, als Eintrittspforte der Diphtheriebazillen dennoch die Nase anzusehen sein dürfte. Andererseits müssen wir uns klar vor Augen halten, daß die Dispositionserhöhung, die hier durch die Operation bedingt wurde, wahrscheinlich auch auf natürlichem Wege in ähnlicher Weise bedingt wird; chemische, mechanische, infektiöse und andere Schädigungen der Nasenschleimhaut dürften wohl auch sonst imstande sein, bei Diphtheriebazillenträgern einen Diphtherieprozeß auszulösen.

Es wird daher erforderlich sein, mehr denn je zuvor die Aufmerksamkeit darauf zu richten, daß sich Angehörige diphtheriekranker Personen, die doch zumeist Diphtheriebazillen beherbergen, möglichst von schädigenden äußeren Einflüssen fern halten; ferner wird es geboten sein, bei gesunden Diphtheriebazillenträgern nicht nur zur Verhütung der Infektion anderer Personen, sondern auch um ihre eigene Erkrankung nach Möglichkeit zu verhindern, die Dauer der Anwesenheit der Diphtheriebazillen durch fleißige Desinfektion der Rachenhöhle, vornehmlich aber auch der Nasenhöhle, möglichst zu verkürzen.“ Grätzer.

L. M. Vladar, Sollen wir die Rhinitis fibrinosa als Diphtherie betrachten? (Orvosi hetilap. 1905. Nr. 16.) V. wünscht so vom therapeutischem, wie vom prophylaktischem Standpunkt die Rhinitis fibrinosa als einen diphtheritischen Prozeß zu behandeln. Oft sah er durch diese als nicht spezifische Krankheit angesehene Erkrankung Infektion diphtheritischer Natur hervorbringen.

Ernst Deutsch (Budapest).

Alb. Uffenheimer, Ein Beitrag zum Kapitel der Nasendiphtherie (Nasendiphtheroid bei Scharlach). (Münch. med. Wochenschrift. 1905. Nr. 38.) Ein 3jähriger Knabe erkrankt an einer leichten Halsaffektion nicht diphtheritischer Natur, wird aber aus besonderen Gründen noch am gleichen Tage mit 1000 I.-E. Serum injiziert. 5 Tage später entwickelt sich eine Skarlatina, die sehr schwer verläuft und letal endigt. Sie war vom achten Tage nach der Heilseruminjektion ab auch mit Nasenerscheinungen verknüpft, die absolut die klinische Diagnose der Diphtherie rechtfertigten. Aber vier während des Lebens vorgenommene Untersuchungen des Nasensekrets bzw. aus der Nase entleerter Membranen ergaben ein völlig negatives Resultat bezüglich Löfflerscher Bazillen, auch im Rachen wurden keine solchen gefunden. Bei der Obduktion wurden wieder Untersuchungen gemacht; nur von einem Membranfetzchen entwickelten sich 6—7 charakteristische Kolonien des Diphtheriebazillus. Die Virulenz war, wie die Prüfung ergab, sehr gering. Zweifellos handelte es sich aber um echte Löfflersche Bazillen.

Lag nun in obigem Falle Diphtherie vor? In vivo waren Diphtheriebazillen nicht nachweisbar, post mortem so wenige, daß die starke Membranbildung kaum hierin begründet sein konnte. Hinzu kam der Umstand, daß wenige Tage vorher Heilserum eingespritzt worden war, dessen Wirkung gleich 0 gewesen sein müßte, wenn der membranöse Prozeß in der Nase Diphtherie gewesen wäre. Aber was war es?

In der menschlichen Pathologie fand U. nichts von derartigen nichtdiphtheritischen Prozessen. Wohl aber gibt es eine Erkrankung der Rinder, als Rhinitis crouposa bezeichnet, die hier in Betracht käme, auch sie hat mit Diphtherie nichts zu tun.

U. glaubt nun, daß in obigem Falle die Membranbildung in der Nase als ein Teil der Scharlacherkrankung zu betrachten ist und auf die außerordentlich zahlreich und fast allein vorhandenen Streptokokken zurückgeführt werden muß. Auf den Tonsillen sind solche Prozesse nicht selten, auch kennen wir den durch Streptokokken erregten Kehlkopfkrupp. Die wenigen aufgefundenen Löfflerschen Bazillen hatten offenbar nur die Bedeutung von Saprophyten und werden in einem Kinderkrankenhaus ja leicht akquiriert.

U. möchte diese membranöse Erkrankung der Nasenschleimhaut als Nasendiphtheroid bei Scharlach bezeichnen. Grätzer.

Bourget, Über die gegenwärtige Diphtheriebehandlung. (Aus der medizin. Klinik zu Lausanne.) (Therap. Monatshefte. Januar 1906.) Als die Serumtherapie sich einbürgerte, wurden alle anderen Behandlungsmethoden beiseite gelassen, die lokale Therapie gänzlich

vernachlässigt. B. injizierte natürlich auch das Serum. Aber es kam zuweilen vor, daß die Injektion aus irgendeinem Grunde aufgeschoben oder gar nicht ausgeführt wurde (Nierenaffektionen!). Und da sah B., daß bei einfacher Pinselung und Reinigung von Pharynx und Nase Heilung eintrat, von einem Tage zum anderen eine vollständige Veränderung des Belages sich einstellte, so daß man, falls injiziert worden wäre, diesen Umschwung zweifellos dem Serum zugeschoben hätte. Allmählich schrieb B. der örtlichen Behandlung wieder größere Bedeutung zu und reservierte die Injektion für die schwereren Fälle, und im Laufe der Zeit wurden immer weniger Fälle injiziert, und trotzdem heilten die Fälle auch. Beim Eintritt in die Klinik wird sofort eine Pinselung des kranken Rachens mit folgender Lösung vorgenommen:

Rp. Liq. ferri sesquichlor.
Alumin. crud. pulv.
Acid. boric. āā 2,0
Glycerin. 20,0.

Die Reinigung geschieht so vollkommen wie möglich mittels kleiner an Holzstäbchen befestigter Wattetampons. So nimmt man jedesmal 5 oder 6 Pinselungen vor und so oft es notwendig ist, daß Gaumenbögen und Mandeln sorgfältigst gereinigt werden. Einige Minuten hinterher gurgelt der Patient mit:

Rp. Tct. Ratanh.
Tct. Guajaci āā 50,0
M. D. S. 2 Kaffeelöffel in einem Glase warmen Wassers.

So verfährt man alle 2 Stunden, in schweren Fällen jede Stunde. Nach kurzer Zeit auffallende Erleichterung des Zustandes, häufig Fallen der Temperatur schon am 2. oder am 3. bzw. 4. Tage. In diesen Fällen wird kein Serum eingespritzt, ebensowenig wenn Abnahme der klinischen Symptome zu beobachten ist.

Die bakteriologische Untersuchung ist notwendig, aber sie bietet keinen Fingerzeig für die Prognose; B. hat schwere Fälle gesehen mit sehr wenigen Löfflerbazillen und leichte Fälle, wo die Pseudomembranen von Bazillen strotzten. Bei der Prognose muß man sich vor allem auf die klinischen Symptome stützen.

B. will die Serumtherapie durchaus nicht in Mißkredit bringen, aber er betont, daß die Frage bezüglich der Spezifität dieses Serums durchaus nicht entschieden ist; ja er steht nicht an zu behaupten, daß das Diphtherieserum die ihm zugeschriebenen spezifischen heilenden Eigenschaften nicht besitzt. Man darf daher die übrige Therapie nicht so vernachlässigen, wie es meist geschieht. Grätzer.

Giovanni Mora, Einige Kriterien der operativen und instrumentellen Technik bei der Kehlkopfintubation. (Rivista di Clinica Pediatrica. V. 1905.) In dem vom Verf. geleiteten Institut in Brescia kamen innerhalb 2 Jahren 151 Kinder zur Intubation, darunter 32 unter 2 Jahren: 103 von diesen Fällen zeigten vor dem Eingriff bronchopneumonelle Komplikationen und von den 49 tödlich verlaufenen Fällen kamen 33 innerhalb der ersten 48 Krankheitsstunden vor. Die Tuben blieben 2—16 Tage liegen. In den 102

geheilten Fällen erfolgte 75mal die Detubierung spontan. Verf. gibt eine Beschreibung der Intubationstechnik und des Instrumentariums. F.

P. Reich, Intubation mit Zelluloidtuben. (Aus der kgl. Univers.-Kinderklinik in München.) (Münchener med. Wochenschrift. 1905. Nr. 26.) Eine Tube muß folgenden drei Ansprüchen genügen:

1. Sie muß von möglichst geringem Gewicht sein.
2. Sie muß in allen ihren Teilen eine absolut präzise dauerhafte Politur aufweisen.
3. Das Lumen muß möglichst weit sein.

Diesen drei Ansprüchen genügen die von R. benutzten Zelluloidtuben, welche sonst die O. Dwyersche Form haben. Zur Einführung benutzte R. den Trumppschen Obturator, der gleichzeitig In- und Extubator ist, damit konnten die Tuben recht fest gefaßt und leicht eingeführt werden. Die Desinfektion findet im Münchener Kinderspital in folgender Weise statt: Nach der Extubation werden die Tuben zunächst mechanisch gereinigt, dann mit fließendem Wasser solange durchgespült, bis sie völlig frei und sauber erscheinen; darauf werden sie für kurze Zeit in verdünnte Karbollösung gelegt und vor dem Gebrauch noch einmal in fließendem Wasser durchgespült. Dies ist sicherlich ausreichend.

Was nun die mit R.s Zelluloidtuben behandelten Fälle von diphtheritischer Larynxstenose — es fand primäre Intubation statt — anbetrifft, so erwiesen sich diese Tuben den bisher gebräuchlichen als mindestens ebenbürtig. Einführung leicht, rasches Aushusten des Sekrets, genügende Expektoration während des Liegens der Tube usw. Mittlere Intubationsdauer nur 26,3 Stunden bei Geheilten, 41 Stunden bei allen Operierten bei einer durchschnittlichen Behandlungsdauer von 13 Tagen. Mittlere Zahl der ausgeführten Einzelintubationen 3.

Preis des kompletten Intubationsbesteckes (Carl Stiefenhofer, München) nur Mk. 60. Grätzer.

Adam Gettlich, Die Anwendung von Zelluloidtuben bei Angina. (Przeglad lekarski. 1906. Nr. 16.) Die von Dr. Reich in München anempfohlenen Zelluloidtuben wurden vom Verf. in mehr wie 20 Fällen angewendet und ist Verf. von dem Erfolg stets zufrieden gewesen. — Als Vorteile gegenüber den bis jetzt aus Metall oder Ebonit verfertigten Tuben hebt G. hervor: 1. Das Gewicht ist bei den aus Zelluloid hergestellten sehr gering, 2. die Nachgiebigkeit, sogar bis zu einem gewissen Grade Elastizität, des Materials läßt es zu, daß die Wände möglichst dünn, demgemäß das Lumen möglichst weit sein kann, und schließlich 3. daß die Wände womöglich glatt sein sollen. Die Möglichkeit, daß durch das geringere Gewicht ein leichteres Aushusten des Tubus stattfinden kann, wurde durch die Erfahrung widerlegt, indem in keinem einzigen Fall dieser Zufall eingetroffen ist, vielmehr wurde in einem Fall, woselbst ein metallener Tubus binnen 10 Stunden 2mal ausgehustet wurde, ein aus Zelluloid verfertigter durch 60 Stunden anstandslos vertragen. Die längste Zeitdauer, während welcher der Tubus im Larynx verweilte, betrug 7 Tage, irgendwelche böse Folgen wurden nicht beobachtet. Diese

guten Erfolge schreibt Verf. dem Umstande zu, daß dem Rate O'Dwyers stets Rechnung getragen wurde, lieber stets einen weiteren, als engeren Tubus zu verwenden, was bei den aus Zelluloid verfertigten sich leicht bewerkstelligen läßt. Ein Nachteil ist aber vorhanden: Die Schwierigkeit der Sterilisation. So begnügte sich Verf. mit der mechanischen Reinigung durch Einlegen in strömendes Wasser, ferner durch Ausschwenken durch ein paar Minuten in Karbol- und Borlösung.

Verf. verwahrt sich dagegen, als ob er die bis jetzt gebräuchlichen metallenen Tuben in jedem Falle durch die obenbezeichneten ersetzt wissen will. Für frische Fälle von Angina diphtherica bei gesunden und kräftigen Kindern, schließlich, woselbst die Annahme von dicken oder minder dicken Membranen gerechtfertigt ist, will er fernerhin den erstbezeichneten Tuben den Vorzug geben. Dagegen bei Fällen, woselbst der Tubus länger als 3 Tage liegen soll, dann falls das Kind den metallenen Tubus aushusten würde, bei schwächlichen Kindern, schließlich in jedem Falle von Pseudokrupp bei Masern will er den aus Zelluloid hergestellten Tubus in Zukunft anwenden.

Gabel (Lemberg).

Molczanow, Zur operativen Behandlung von diphtheritischen Stenosen des Larynx bei Säuglingen. (Russkij Wracz. 1906. Nr. 1.) Verf. untersucht die Frage, ob bei Säuglingen bei diphtheritischen Larynxstenosen Intubation oder Tracheotomie anzuwenden ist. In den letzten 10 Jahren wurden in der Klinik des Prof. Korsakow (Moskau) 21 Intubationen bei Kindern unter einem Jahre gemacht. Bei allen wurde die Diagnose bakteriologisch sichergestellt, gleichzeitig wurden 2000—3000 I.-E. Serum eingespritzt. Die Mortalität betrug 52,4 %, abzüglich jener Fälle, welche nicht einmal 24 Stunden in Spitalbehandlung verblieben, bloß 28,5 %. Sechs Fälle wurden erst nach dem dritten Krankheitstage der Spitalbehandlung zugeführt. Unter zehn geheilten Fällen erwähnt M. einen sehr lehrreichen Fall von Intubation bei einem 8wöchigen Kinde. Intubiert wurde mit Nr. 1 Kollin. Der Tubus verblieb 36 Stunden im Larynx, gleichzeitig bekam das Kind 6000 I.-E. in drei Portionen. Die bakteriologische Untersuchung bestätigte die klinische Diagnose.

Zwei Fälle führt Verf. von Tracheotomie nach Intubation an. In einem Fall wegen Drucknekrose, im zweiten Fall wegen der Unmöglichkeit, den Tubus das dritte Mal einzuführen bei bestehendem Krampf der Stimmritze. Beide Fälle verliefen letal.

Auf Grundlage seiner Untersuchungen kommt Verf. zum Schlusse, daß der Intubation bei Säuglingen der Vorrang vor der Tracheotomie zu geben ist. Nur ein einziges Mal war Enge der Luftwege der Vornahme der Intubation hinderlich und dies bei dem obenerwähnten 8wöchigen Kinde. Larynxschwellung und Krampf der Stimmritze hatten in bloß einem Falle die Intubation verhindert; verstopft wurde die Kanüle bloß ein einziges Mal. Die Aufnahme der Nahrung war bloß in zwei Fällen behindert, und dies unbedeutend.

Gabel (Lemberg).

H. Strohe, Diaphragma der Trachea im Anschluß an Diphtherie und erschwertes bzw. unmögliches Décanulement. (Aus dem Alexianerkrankenhaus zu Köln.) (Münchener med. Wochenschrift. 1906. Nr. 15.) Welche Schwierigkeiten man manchmal bei dem Décanulement begegnet, zeigt S. an einem Falle, wo das Décanulement erst nach 15 Jahren ausgeführt wurde.

S. hatte bei einem 3jährigen Kinde wegen Diphtherie die Krikotracheotomie gemacht. Es gelang nicht, die Kanüle zu entfernen; in den folgenden Jahren wurden verschiedene Ursachen dafür angenommen, verschiedentliche Versuche gemacht, der Situation Herr zu werden, mehrfach operiert, — alles vergebens! Erst jetzt, als das Mädchen 18 Jahre alt war, entschloß sich die Mutter zu einer erneuten Operation, die unter Kokain-Adrenalinanästhesie und Kokainisierung der Trachealschleimheit stattfand. Nach breiter Öffnung der Trachea sah man nun eine oberhalb der alten Trachealöffnung die ganze Rundung der Luftröhre einnehmende knorpelharte Leiste, die mit breiter Basis auf der Luftröhrenwand aufsaß und mit scharfer Kante in das Lumen sah. Die größte Breite der Leiste war hinten, nach vorn zu verschmälerte sie sich bedeutend und endete vorn oberhalb der Luftröhrenöffnung. Sie wurde exstirpiert und dann eine Wegenersche Schornsteinkanüle angelegt, die 5 Wochen liegen blieb. Es zeigte sich an der Exzisionsstelle wieder ein ringförmiger Wulst, der aber die Durchgängigkeit der Trachea nicht behinderte. Die Trachealöffnung schloß sich nicht und mußte operativ geschlossen werden. Jetzt, nach Schluß der Halswunde, ist die Sprache zwar immer noch etwas heiser, aber jedem verständlich.

S. ist zwar nicht der Meinung, daß man mit einem derartigen Eingriff so lange Jahre warten dürfe wie hier, aber er rät doch wenigstens zu warten, bis das Kind 10—12 Jahre alt ist, die Wichtigkeit der Operation versteht und dieselbe unterstützt. Denn das Tragen einer Schornsteinkanüle, das Herausnehmen und Wiedereinsetzen ist umständlich und schwierig, und ein unverständiges Kind könnte leicht den ganzen Erfolg vereiteln. Grätzer.

III. Aus Vereinen und Versammlungen.

Münchener Gesellschaft für Kinderheilkunde.

Summarischer Bericht über die Tätigkeit des ersten Geschäftsjahres 1905.

Die Gesellschaft wurde am 10. II. 1905 gegründet und hielt im ersten Jahre außer der Gründungssitzung acht Geschäftssitzungen ab. In der 1. Sitzung schilderte Hutzler seine Erfahrungen auf einer ärztlichen Studienreise durch die Säuglingsanstalten und Milchküchen von Berlin, Dresden und Breslau. In der 2. Sitzung trug Hecker die ersten Ergebnisse seiner umfassenden Studie über Verbreitung und Wirkung des Alkoholgenusses bei Schulkindern vor. Die Erhebungen betrafen zwei Volksschulen und bildeten den Anfang der weiterhin auf zwei andere Volksschulen und eine Mittelschule ausgedehnten Enquête. Sodann sprach Trumpp über Inhalationstherapie mit Demonstration verschiedener Dampfinhalationsapparate, speziell des von ihm mit Erfolg verwendeten Modells der Firma Moosdorf und Hochhäusler in Berlin. Hutzler referierte über drei im Giselakinderspital zur Beobachtung gekommene Fälle von Schierlingvergiftung.

In der 3. Sitzung am 12. V. entspann sich im Anschluß an einen Vortrag von Trumpp über akute infektiöse Exantheme eine lebhafte Diskussion über die klinische Stellung der Dukesschen Fourth disease. Sie ist nach von Ranke durchaus nicht sichergestellt. Auch nach Anschauung der übrigen, speziell des

Vortr. sind die Beweise für die Existenz der Fourth disease als einer selbstständigen Erkrankung recht unsichere.

In der 4. Sitzung am 14. VI. verbreitete sich Oppenheimer **über die Säuglingsfürsorge in Paris und München.**

In der Diskussion wurde die Frage der Zentralisation der Säuglingsfürsorgeanstalten erörtert (Ende des vorigen Jahres wurden inzwischen alle der Säuglingsfürsorge dienenden Vereine und Einrichtungen zu einer „Säuglingszentrale" zusammengefaßt). Reinach demonstrierte Röntgenbilder eines Falles von **Barlowscher Krankheit.** In der 5. Sitzung sprach Adam über die Bedeutung der „Taches cérébrales" für die **Frühdiagnose der Meningitis bas. tub.** und glaubte in diesem Symptom ein wichtiges diagnostisches Hilfsmittel sehen zu dürfen. von Ranke berichtet von seinen Erfahrungen im Haunerschen Kinderspital über die epidemische **Zerebrospinalmeningitis** des Jahres 1905. Es wurden acht Fälle im Alter zwischen 2 Monaten und 8 Jahren beobachtet, von denen sechs tödlich endeten; die Lumbalpunktion ergab nicht viel Neues, es fanden sich stets Meningokokken; konstant war das Kernigsche Symptom. Weiterhin demonstriert er einen Fall von **Barlowscher Krankheit**, bei dem nach irrtümlicher Unterbrechung der erfolgreichen Rohmilchdiät schwere Hämaturie auftrat.

In der 6. Sitzung am 17. XI. gab O. Marx durch Mitteilung eines Falles von Paratyphus Veranlassung zu interessanten Ausführungen Trommsdorffs über den Begriff und das Wesen des Paratyphusbazillus. Der betreffende Fall war klinisch ein Typhus abdominalis mit Typhusbazillen auch im Stuhle. Die Agglutination des Bazillus im Serum des Kranken blieb jedoch aus, dagegen wurde B. paratyphi A. agglutiniert. Nach Trommsdorff läßt die Agglutination in der Gruppe: Typhus, Paratyphus, Mäusetyphus, Bazillus enteritidis Gärtner, Schweinepest usw. differentialdiagnostisch im Stiche. von Ranke erinnerte daran, daß die Gruber-Widalsche Reaktion beim Kindertyphus häufig versage.

Das Thema der 7. Sitzung am 15. XII. war die **Kindermilchfrage** in München. Seitz referierte ausführlich über die Frage der Versorgung weiterer Kreise mit einwandfreier Kindermilch. Auf Antrag Rommels entsandte die Gesellschaft eine Resolution an die „Magistratskommission für hygienische Milchversorgung in München" dahingehend, daß die Verbesserungen der Kindermilch zumal für Kinder minderbemittelter, nicht auf dem Wege verschärfter Milchregulative oder polizeilicher Kontrolle zu erreichen ist, so begrüßenswert eine Durchführung dieser ist. Die Gesellschaft für Kinderheilkunde befürwortet aufs nachdrücklichste die Errichtung einer städtischen Kindermilchzentrale, welche die von größeren Milchproduzenten vertragsmäßig unter Mindestforderungen gelieferte Milch aufnimmt, prüft und in möglichst zahlreiche Filialen, event. Kleingeschäften, in signierten und plombierten Flaschen verteilt. Nur durch lückenlose Kontrolle vom Produzenten bis zum Konsumenten ist es so möglich, den Angehörigen einwandfreie Milch zu mäßigem Preise in die Hand zu geben, was unbeschadet aller übrigen Bestrebungen auf dem Gebiete der Säuglingsfürsorge (Milchküchen usw.) dringend verlangt werden muß. In der weiteren Diskussion, die sich hauptsächlich um Überwachung der Milch und Fütterung der Kühe drehte, sprachen noch Trumpp, von Ranke, Adam. Vor der Tagesordnung demonstrierte Fromm einen Fall von **Mongolismus** bei einem 1 ¼ jährigen Knaben.

In der 8. Sitzung im Januar 1906 stellte Wittmann einen 12 jährigen Knaben mit **juveniler Paralyse** vor; die Affektion entstand bei dem gutbegabten Knaben (Vater Potator) im 11. Jahre mit progressivem Nachlaß aller Fähigkeiten, moralischen Hemmungen und mit Verfolgungsideen. Zurzeit völlige Verblödung, Pupillenstarre, gesteigerte Kniereflexe, paralytische Sprache, Mastdarm- und Blasenstörungen. Uffenheimer teilt an der Hand von Photographien zwei noch in der Behandlung befindliche Fälle von **latenter Tetanie** mit, bei welchen das von ihm beschriebene Tetaniegesicht die Diagnose ermöglichte; im weiteren Verlaufe wurde Trousseausches und Chvosteksches Phänomen nachgewiesen. Während letztere Symptome unter der Behandlung verschwanden, ist das Tetaniegesicht zurzeit noch immer zu erkennen. Uffenheimer demonstriert ferner eine große Diphtheriemembran, herrührend von einem durch Unterlassung der Seruminjektion vernachlässigten schweren toxischen Diphtheriefalle. Daran anschließend bespricht Uffenheimer das Verhalten der Diphtheriemorbidität, -mortalität und -letalität in München. Die ersten beiden zeigen seit 1899 eine stetige Abnahme, die Sterblichkeit dagegen keine Änderung; nach Uffenheimer

deshalb, weil ein zu großer Teil der Ärzte das Serum immer noch nicht anwendet. Uffenheimer berichtet sodann von den Vorbereitungen für den geplanten **Kongreß für Kinderheilkunde und Jugendfürsorge**, der im Oktober 1906 in Berlin tagen soll und zu welchem Uffenheimer von der Gesellschaft delegiert wurde.

Neben den angeführten Gegenständen beschäftigte sich die Gesellschaft im Berichtsjahre wiederholt mit dem Unterricht der Hebammen in der Säuglingspflege durch berufene Kinderärzte. Die Grundlage zu den Besprechungen, sowie zu einer inzwischen an das Bayerische Kultusministerium gelangten Eingabe bildete das schon in Meran vorgetragene ausgezeichnete Referat Hutzlers.

In der Märzsitzung des Jahres 1906 stand ein Vortrag Seitz' über **Erkrankungen im Alter der Pubertät** zur Tagesordnung. Den Inhalt desselben bildete ein Auszug aus der demnächst im Pfaundler-Schloßmannschen Handbuch erscheinenden diesbezüglichen Arbeit. An der Diskussion beteiligten sich Hecker, Trumpp, Wohlmut. Hutzler berichtete von einem Fall von **Atresia ani** bei einem Neugeborenen, bei welchem vor der Operation durch eine feinste, kaum sichtbare Öffnung am Damm geringe Mekoniummengen entleert wurden; nach glücklicher Operation verschwand diese Öffnung spontan.

Sitzung am 19. IV. 1906. Hecker demonstriert Präparate von **Spirochaete pallida**, gewonnen aus Papeln eines 2 monatigen erbsyphilitischen Kindes. Färbung nach Giemsa. Die Spirochäten lagen teils einzeln, teils in Gruppen von drei und vieren beieinander und zeigten 6—15 und 20 Windungen. Im Blut der Fingerbeere sowie im Punktionssaft der Milz gelang der Nachweis nicht. Das Kind zeigte außer manifesten Erscheinungen — Koryza, maculo-papulöses Syphilid, Rhagaden, Milztumor usw. — ausgesprochene Osteochondritis, welche doppelseitig beide unteren Humerusepiphysen, sowie alle Epiphysen der Unterarmknochen betraf und an den betreffenden Stellen zu schmerzhafter Anschwellung geführt hatte. Die Arme boten nicht das Bild einer schlaffen Lähmung, wie bei der Parrotschen Pseudoparalyse, sondern die Oberarme waren am Rumpf adduziert, die Unterarme rechtwinklig gebeugt und proniert, die Hände stark volar flektiert, der dritte und vierte Finger in den Metakarpophalangealgelenken überstreckt, in den übrigen Gelenken gebeugt; der Daumen eingezogen, der zweite und dritte Finger in leichter Beugung, die Hand zeigte also Klauenstellung ähnlich wie bei Radialislähmung. Die Ursache dieser Stellung kann nicht im Schmerz und nicht in mechanischer Behinderung der Bewegung gesucht werden, sondern ist wohl begründet durch eine Läsion des Nerven sei es durch Kompression vom Knochenprozeß aus oder durch neuritische Vorgänge.

Hutzler demonstriert eine Reihe von Fällen aus dem Giselakinderspital, unter anderem:

1. Einen 8 jährigen Knaben mit verheilter Fraktur beider Unterarmknochen. Heilung ohne Verkürzungen und mit voll erhaltener Funktion. Das Röntgenbild zeigt aber schlechtes Heilresultat insofern als die Bruchenden winklig zueinander stehen und sich mit ihren Zähnen irreponibel ineinander verhakt haben. Vortr. glaubt, daß dem Röntgenbild allein nicht immer die Entscheidung über die Güte einer Heilung zukomme, sondern in erster Linie dem Grad der erzielten Funktionstüchtigkeit.

2. 4 jähriger Knabe mit Spondylitis dorsalis, Durchbruch in die linke Pleura, Entleerung von 5 l Eiter mittels Rippenresektion, Entfernung von sequestrierten Wirbelknochenstücken. Nach einem halben Jahre noch immer offene Fistel, remittierende Temperaturen — ungünstige Prognose.

3. Drei Fälle von florider Rachitis in verschiedenen Lebensaltern.

4. Einen mittels Paraffininjektion glücklich behandelten Fall von Hernia umbilicalis. Die Paraffinpelotte liegt unverschieblich über dem Nabelring, wie „eingeknöpft".

Uffenheimer trägt vor **über den heutigen Stand der medizinischen Psychologie mit besonderer Bezugnahme auf Untersuchung, Behandlung und Erziehung des angeborenen Schwachsinnigen.** Es war ein Bericht über den kürzlich in Gießen unter Prof. Sommer abgehaltenen praktischen Kurs der medizinischen Psychologie, wobei er sich besonders verbreitete über die Methoden und Apparate Sommers zur objektiven Messung und Registrierung psychologischer Vorgänge. Hecker.

Gesellschaft für innere Medizin und Kinderheilkunde in Wien.

(Pädiatrische Sektion.)

Sitzung vom 2. März 1906.

Swoboda zeigt ein 18monatiges Kind mit **angeborenem Herzfehler**, das bei jeder Defäkation **stenokardische Erscheinungen** bekommt. Pat. wird bewußtlos, blauschwarz, die Atmung wird frequent. Nach verschieden langer Zeit erholt sich das Kind. Daß diese stenokardischen Symptome wirklich mit der Defäkation zusammenhängen, beweist die Tatsache, daß man beim Pat. durch Klysma jederzeit einen stenokardischen Anfall auslösen kann.

Friedjung berichtet über **plötzliches Versiegen der Milchproduktion** bei einer 22jährigen Primipara.

Die Brustdrüse hatte bis zum 22. Tage gut funktioniert. Die Milchmenge pro die betrug am 17. Tage post partum 710 g. Bis auf leichte Dyspepsie am 18. Lebenstage zeigte das Kind keine Verdauungsstörungen.

Am 22. Tage trank das Kind als erste Mahlzeit 100 g, als zweite 95 g, dann 80 g, 50 g. Die fünfte Mahlzeit betrug nur 40 g und beim sechsten Male bekam das Kind gar nichts mehr. Auch auf Druck entleerten sich nur wenige Tropfen Milch. Es war also in 12 Stunden ohne bekannte Ursache die Milchsekretion völlig versiegt. Das Kind fieberte gleichzeitig auf 39°. Am nächsten Vormittag stellte sich die Milchproduktion spontan wieder ein und in 4 Tagen erreichte dieselbe wieder die frühere Höhe. F. knüpft an diese Beobachtung die Bemerkung, daß man auch in solchen Fällen immer wieder versuchen soll, das Kind an die Brust anzulegen.

Swoboda zeigt ein 9monatiges Kind mit einer **linksseitigen Hüftgelenkskontraktur.** Die Erkrankung begann im dritten Lebensmonate. Das linke Bein stand wie bei Koxitis in Adduktion, Innenrotation und leichter Beugung. Passive Bewegungen im Hüftgelenke waren möglich, aber sehr schmerzhaft. Röntgenbefund normal. 4 Monate dauerte der Zustand unverändert an. S. versuchte eine antiluetische Behandlung (Kalomel täglich 0,02). Alsbald besserte sich die Kontraktur wesentlich, so daß S. geneigt ist, die Hüftgelenkskontraktur in vorliegendem Falle als luetischen Ursprunges anzusehen. Sonstige luetischen Symptome fehlen. Auch die Anamnese gibt keinen Anhaltspunkt für Lues.

Zappert macht darauf aufmerksam, daß die Annahme einer Lues auf Grundlage eines therapeutischen Erfolges nicht sicher begründet sei. Er erinnert sich eines Falles, wo im Anschluß an Intertrigo eine inguinale Drüsenschwellung entstanden sei, die infolge ihrer Schmerzhaftigkeit zu einseitiger Hüftgelenkskontraktur geführt hat. Die Lymphadenitis kam zur Vereiterung, worauf auch die Hüftgelenkskontraktur zur Rückbildung kam. Vielleicht sei im vorliegenden Falle eine tiefere Drüsenschwellung oder Entzündung vorhanden gewesen, die ohne Eiterung schließlich spontan zurückging. Auch die Möglichkeit von Mastdarmfissuren (Soehla) müsse in Betracht gezogen werden.

Escherich betont, das es im Säuglingsalter Hüftgelenkskontrakturen gibt, für die man keine Erklärung findet. Solche Kontrakturen schwinden spontan nach einiger Zeit. Henoch hat diese idiopathischen Hüftgelenkskontrakturen beschrieben.

S. Weiß hält den angekündigten Vortrag **„Zur Säuglingsernährung im Arbeiterhaushalte“.** Er betonte die soziale und wissenschaftliche Bedeutung dieser Frage, die erst statistisches Material zur Beantwortung nötig habe. Vortr. regt daher an, daß das überlebende Säuglingsmaterial namentlich im Proletariat statistisch zur Verwertung gelange. B. Schick (Wien).

Bericht über die 24. Sitzung der Vereinigung niederrheinisch-westfälischer Kinderärzte

zu Köln am 4. Februar 1906.

Mayer (Köln): **Über die Behandlung der spinalen Kinderlähmung.** An zahlreichen Fällen spinaler und spastischer Lähmungen von Kindern und Erwachsenen de-

monstrierte er den Nutzen der Tenotonie und Sehnenüberpflanzung mit dem Erfolge, daß selbst ein Erwachsener, der bis dahin auf den Knien rutschte, gehen gelernt hat. Allerdings ist längere Nachbehandlung mit Schienen, Massage und Bädern erforderlich, doch hält der Vortr. diese Maßnahmen nur für unterstützend, nicht allein zur Heilung führend. Es soll daher der operative Eingriff nicht zu lange verschoben werden. Sodann demonstriert M. einen Schlittenapparat für aktive und passive Körperbewegungen.

Rensburg berichtet über einen Fall von spinaler Kinderlähmung, ebenfalls vom Kollegen Mayer operiert, bei dem das Resultat glänzend war insofern, als das Kind bisher nicht imstande war, ohne Stock und nur mit komplizierten Apparaten zu gehen, nach der Operation ohne Stock mühelos und schnell gehen kann. Es handelte sich um Lähmung der Extensoren des Oberschenkels.

Esser (Bonn): **Über Blutbefunde bei Myxödem.** E. stellte bei zwei typischen Myxödemfällen von 37 Jahren bzw. 10 Monaten systematische Blutuntersuchungen an. Außer den schon bekannten Blutveränderungen bei Myxödem, die quantitativ in einer Verminderung des Hämoglobingehaltes und der roten Blutkörperchen bei einer Vermehrung der weißen Blutkörperchen bestehen und sich in qualitativer Beziehung neben geringen Veränderungen der roten Blutkörperchen (Makro-, Mikro-, Poikilozyten, Pessarformen) im wesentlichen in einer Verschiebung der als normal geltenden Verhältniszahlen zwischen der multi- und mononukleären Form der weißen Blutkörperchen äußern, fand er speziell unter den mononukleären Zellen sowohl eine große Menge von sogen. mononukleären Leukozyten (Ehrlich) und Übergangszellen als auch eine größere Anzahl von Zellen, die er als lymphoide Markzellen oder die von Nägeli beschriebenen Myeloblasten anspricht.

Bei dem Säugling war eine Veränderung des Blutbildes in erheblicheren Grade ausgeprägt als beim Erwachsenen; bei beiden wurde unter der Behandlung mit Schilddrüsentabletten das Blutbild fast völlig normal. Zu einer eventuellen Erklärung seiner Befunde zog E. das Tierexperiment heran. Eine Reihe junger Hunde und Kaninchen wurde thyreoidektomiert, und zwar wurde ein oberer Schilddrüsenpol zurückgelassen, weil an und in diesem ein sog. äußeres und inneres Epithelkörperchen liegen, nach deren vollständiger Entfernung Tetanie mit folgendem Exitus eintritt. Bei den Kaninchen konnten die Schilddrüsen vollständig entfernt werden, weil bei ihnen die Epithelkörperchen von der Schilddrüse weiter abliegen. Alle thyreoidektomierten Tiere blieben gegenüber den vom selben Wurf stammenden Kontrolltieren erheblich im Wachstum zurück und häufigere Blutuntersuchungen ergaben zunächst übereinstimmend mit den Resultaten früherer Experimentatoren, daß nach Thyreoidektomie sowohl beim Hunde wie auch beim Kaninchen unter Verminderung des Hämoglobingehaltes und der Anzahl der roten Blutkörperchen, die weißen zunahmen. Dann aber fand E., daß bei den Versuchstieren wie den myxödemkranken Menschen im Blute Zellen auftraten, die er als lymphoide Markzellen anspricht. Auch waren bei den Versuchstieren die mononukleären Leukozyten und die Übergangszellen vermehrt.

Nach diesen Versuchen schien die Untersuchung der Anatomie des Knochenmarks von besonderem Interesse. Zumal dieses Organ bei den unzähligen bisher ausgeführten Thyreoidektomien, soweit aus der Literatur hervorgeht, nicht die nötige Beachtung gefunden hat. Sowohl bei der makroskopischen wie auch bei der mikroskopischen Untersuchung ergaben sich nun auffallende Unterschiede zwischen dem Knochenmark der Versuchstiere und dem der Kontrolltiere. Bei ersteren war es infolge größeren Blutreichtums dunkelrot gefärbt und weicher (oft fast zerfließend) gegenüber dem der Kontrolltiere. Mikroskopisch fanden sich im Knochenmark der Versuchstiere unter den kernhaltigen weißen Blutzellen auffallend mehr mononukleäre, nicht oder kaum granulierte Zellen. Aus diesen Untersuchungsergebnissen zieht E. den Schluß, daß nach Ausfall der Schilddrüsenfunktion eine Erkrankung bzw. Entwicklungshemmung speziell des leukoplastischen Knochenmarksgewebes auftritt.

Rensburg hat die chemische Fabrik Rhenania veranlaßt, aus Epithelkörperchensubstanz Tabletten herzustellen in der Hoffnung, darin ein Mittel gegen die kindliche Tetanie zu finden. Aus seinen bisherigen Beobachtungen könne er noch keinen Schluß ziehen.

Rey hat ebenfalls mit den Epithelkörperchentabletten Versuche angestellt, hörte aber sehr bald wieder damit auf als das erste Kind nach 4 Tagen ge-

storben, der Zustand des zweiten nach selbst mehrwöchentlicher Therapie sich ernstlich verschlimmerte.

Selter fragt an, wie die nach dem deutschen Präparate beobachteten Thyreoidinvergiftungen zu erklären seien, die er beim englischen nie beobachtet habe.

Selter bereichtet über eine Endemie von schleimigen Darmkatarrhen im Haaner Säuglingsheim. Die Erkrankung wurde verbreitet durch die Windeltücher und war wahrscheinlich hervorgerufen durch Megastoma entericum. S. demonstriert dabei mikroskopische Präparate der Fäzes.

Spiegel (Solingen) demonstriert das Gehirn eines $4\,^1/_2$ monatigen Kindes das an Hydrocephalus internus zugrunde ging, der an eine unter Sequesterabstoßung geheilte eiternde Schädelwunde sich anschloß. Die Abflußwege der Ventrikelflüssigkeit, Aquaeductus Sylvii und Foramen Magendi sind durchgängig. Durch Druck der prall gefüllten, stark erweiterten Hinterhörner der Seitenventrikel auf das Kleinhirn kam der Göppertsche Ventrikelverschluß zustande, der auch nach Abheilung der primären Ursache des inneren Wasserkopfes, nämlich des Eiterabszesses am Schädeldach bestehen bleibt und zum Exitus führt. Therapeutisch ist in derartigen Fällen die Ventrikel- nicht die Lumbalpunktion geboten.

Rey.

IV. Therapeutische Notizen.

Zur Behandlung der Erkrankungen der Atmungsorgane empfiehlt Dr. A. Winter (Falkenau) das von Dr. Hammer angegebene Euferin, eine Kombination von spezifisch auf die Atmungsorgane und als Roborantia wirkenden Stoffen: guajakolsaurem und glyzerinphosphorsaurem Natrium, Thymianextrakt, Cinnamylsäure und Spuren von Arsen. 1 Kaffeelöffel Euferin enthält:

Guajakol (aus guajakolsaurem Natrium berechnet)	0,2
Glyzerinphosphorsäure 50 %	0,4
Thymianextrakt	0,6
Cinnamylsäure	0,0075
Arsen	0,0025

Euferin vereinigt also gewissermaßen Sirolin, Pertussin und Sanatogen in sich. Es ist indiziert bei sämtlichen Erkrankungen der Luftwege sowohl tuberkulöser wie auch nicht tuberkulöser Natur, Pneumonie, Influenza, Pertussis, Masern, Emphysem, Bronchitis usw. und hat sich bereits in etwa 60 Fällen bewährt in täglichen Gaben von 3—4 Kaffeelöfteln. Es bringt nicht nur bei diesen Grundkrankheiten Linderung und Hilfe, sondern hilft auch die Pat. in kräftigem Zustande zu erhalten bzw. bereits geschwächte in ihrem Kräftezustande zu heben.

(Wiener med. Presse, 1906. Nr. 13.)

Über die Anwendung von Ölklystieren bei chron. Obstipation der Brustkinder läßt sich Dr. M. Wunsch (Berlin) aus und teilt den Fall eines $2\,^1/_2$ Monate alten Kindes mit, bei dem die Verstopfung allen angewandten Mitteln widerstanden hatte. W. ließ mit einem kleinen „Klystierball" jeden zweiten Tag ein Klystier verabreichen, und zwar jedesmal zwei Bälle voll lauwarmen Olivenöls, und das Kind dann eine Stunde liegen. Das Kind bekam acht solcher Klystiere. Bereits nach dem dritten Klystier wich die Verstopfung, und das Kind entleerte sich von da ab regelmäßig ohne Kunsthilfe.

(Deutsche med. Wochenschrift. 1906. Nr. 11.)

Ein verläßliches und unschädliches Anthelminticum nennt Dr. J. Bodenstein (Selzthal) auf Grund seiner Erfahrungen das Filmaronöl (1 Teil Filmaron und 9 Teile Ol. Ricin.) der Firma Boehringer (Mannheim). Bei einigen Fällen, wo B. es anwandte, wirkte es prompt nach 2—4 Stunden und machte keinerlei Nebenwirkungen. Unter den Pat. befand sich auch ein 10jähriges anämisches, stets kränkelndes Mädchen, bei welchem folgende Kur gemacht wurde: Am Vortage die gewohnte Diät, durch Cascar. sagr.-Pillen und Glyzerinmikroklysmen gründ-

liche Darmentleerung; am nächsten Morgen 1 Stunde nach dem Frühstück (Milchtee und ein Brötchen) 6 g Filmaronöl in selbstgefüllten Gelatinekapseln in 2 Portionen (4 g und 2 g) innerhalb $^1/_2$ Stunde, dann 1 Stunde darauf 20 g Rizinusöl in Bierschaum, dann ein Seifenwasserklysma. Fünf Stuhlentleerungen, bei deren dritter der Bandwurm (Taenia saginata) samt Kopf ausgestoßen wurde. Trotz des recht reizbaren Magens keinerlei Beschwerden. — B. gab in einer Reihe von Fällen von Askariden bei Kindern ebenfalls Filmaronöl in Dosen von 1—2—3 g (= 0,1—0,2—0,3 Filmaron) in Gelatinekapseln, die ebenso gut vertragen wurden und wirksam waren. (Wiener med. Presse. 1906. Nr. 8.)

Thigenol in der dermatologischen Praxis hat Dr. A. Arman (dermatolog.-syphil. Klinik Pisa) mit bestem Erfolge angewandt und konnte bei den behandelten Fällen (42 teils Erwachsene, teils Kinder) vor allem die Reizlosigkeit und die juckstillende Eigenschaft des Präparates konstatieren. Es waren darunter sieben Fälle von seborrhoischem, fünf Fälle von chron. infiltriertem Ekzem. Ferner sechs Fälle von Scabies (darunter zwei Kinder von 1 und 6 Jahren, zwei im Alter von 3 Jahren), bei denen 50 %ige Salbe sich sehr gut bewährte. Auch in zwei Fällen von Prurigo (5- und 15jährige Kinder) leistete diese Salbe gegen das Jucken gute Dienste. Endlich wurde Thigenol auch bei Psoriasis, Komedonen, Lichen mit Erfolg benutzt.
(Wiener klin.-therap. Wochenschrift. 1906. Nr. 9.)

Zur Therapie des Erythema und Ekzema intertrigo der Säuglinge empfiehlt San.-R. Dr. Fürst (Berlin) warm das Thioform, das sich ihm hier ganz hervorragend bewährt hat. Man kann den käuflichen Thioformpuder benutzen oder ordinieren:

Rp. Thioform. 15,0
Talc.
Kaolin. āā 30,0
Sem. Lycopod. 20,0
Rhizom. Irid. 5,0.

(Der Kinderarzt. 1906. Nr. 3.)

Eine Hohlnadel zum Ohrenstechen empfiehlt Dr. J. E. Fölkel (Wien). Sie besteht aus einer ca. $2^1/_2$ cm langen, 2 mm dicken Metallkanüle, in die ein kurzer Stachel und ein Mandrin eingepaßt sind. Der Troikar und die Ohrgehänge werden zunächst durch Kochen sterilisiert, sodann wird das zusammengesetzte Instrument genau im Zentrum der Vorderfläche des gereinigten Läppchens angesetzt und bis zur Mitte der Kanüle in nahezu sagittaler Richtung eingestoßen — nicht senkrecht auf die Fläche — damit die Ohrringe nach vorn zu gerichtet hängen. Nadel und Mandrin werden nun entfernt und der obere Ohrringteil je nach Bedarf in das vordere oder rückwärtige Lumen der Kanüle eingeführt, wobei letztere zugleich aus dem Stichkanal geworfen wird.

Eine Nachbehandlung erscheint kaum je nötig. Um ein außerordentlich rasch erfolgendes Verkleben der Stichöffnungen zu vermeiden, sollen die Ohrgehänge, die nicht allzuschwere sein mögen, in den ersten Tagen permanent in den Lobulis verbleiben. Nur wenn ausnahmsweise Schmerzen, Schwellung oder Sekretion am Stichkanal auftreten, wären die Ringe zu entfernen. Statt ihrer soll dann mittels einer starken, graden, weitöhrigen Nadel ein 10 % Dermatolfaden im täglichen Wechsel eingeführt werden, unter welcher Therapie die Ausheilung erfahrungsgemäß in Kürze vor sich geht.
(Wiener klin. Rundschau. 1906. Nr. 7.)

Das Baby-Lichtbad nach Dr. Buchholz. In der Abteilung für Kinderheilkunde der 76. Versammlung der Naturforscher und Ärzte demonstrierte Dr. Buchholz ein nach seinen Angaben von der Firma Reiniger, Gebbert & Schall in Erlangen konstruiertes Lichtbad für kleine Kinder, welches zweifellos in vielen Fällen gute Dienste zu leisten imstande ist. Es muß jedoch hervorgehoben werden, daß das Lichtbad nicht in erster Linie als Schwitzbad zu dienen hat. Deshalb ist das Bad auch nicht geschlossen, sondern nur mit perforiertem Blech verkleidet. Die Glühlampen sind vor Berührung absolut geschützt und ruht das Baby auf einem entsprechend geformten Glasschieber. An Lampen sind 18 Stück vorhanden, welche zur besseren Regulierung in sechs Gruppen verteilt sind, welche durch sechs Schalter in und außer Funktion gesetzt werden können. Nach den

zahlreichen von B. ausgeführten Versuchen mit dem Lichtbad ließ sich eine günstige Beeinflussung des Krankheitsverlaufes in vielen Fällen konstatieren.

Besonders eignet sich das Bad nach B. für Behandlung der Rachitis und der mit der Rachitis verbundenen Störungen (Laryngospasmus, Tetanie), sowie auch für manche andere Kinderkrankheiten (Atrophie, chronische Obstipation). Das Lichtbad ist für Kinder bis zu 6 Jahren anwendbar und kann leicht durch Auflegen von Wolldecken zu einem wirklichen Licht-Schwitzbad gemacht werden, sofern es als solches benutzt werden soll.

(Allgem. med. Zentral.-Ztg. 1906. Nr. 5.)

Zur Therapie des chron. Darmkatarrhs empfiehlt Dr. Th. Rosenbaum (Berlin) Fomitin, das aus dem Fomes (Baumschwamm) hergestellte Fluidextrakt, mit dem er sehr gute Erfolge erzielt hat. Er zieht aus seinen Erfahrungen folgende Schlüsse:

„1. Das Fomitin ist sowohl bei Darmtuberkulose in nicht zu weit vorgeschrittenem Stadium indiziert, als auch bei chronischen Darmkatarrhen anderen Ursprungs.

2. Das Fomitin hat ganz und gar nichts gemein mit den sonst bei Darmkatarrh gebräuchlichen Mitteln. Es wirkt weder darmlähmend noch adstringierend. Seine Wirkung ist vielmehr eine zirkulatorische, indem es die Fluxion nach dem Pfortadergebiet steigert und so eine bessere Durchblutung der Darmwandungen herbeiführt.

3. Entsprechend dieser Wirkungsweise schafft das Fomitin auch nur eine langsame und allmählich fortschreitende Besserung, derart, daß meist eine mehrwöchentliche Kur notwendig ist, um die Darmfunktion wieder zur Norm zu bringen. Ist aber einmal dieser Zustand erreicht, so pflegt er auch von Dauer zu sein. Ein weiterer Gebrauch des Mittels ist dann nicht mehr erforderlich.

Kontraindikationen sind Ulcus ventriculi und frische peritoneale Entzündungen, insbesondere Adnexentzündungen, während peritonitische Reizungen leichten Grades meist günstig durch das Präparat beeinflußt werden. Bemerken muß ich außerdem, daß ich bei fortgesetztem Fomitingebrauch zuweilen leichte abdominelle Kongestionsstörungen, insbesondere Druckbeschwerden der Blasengegend beobachtet habe, welche indes nach 1—2tägigem Aussetzen des Mittels ausnahmslos wieder geschwunden waren.

Als Ordination empfehle ich bei Personen über 12 Jahren 4mal täglich 1 Eßlöffel $^1/_2$ Stunde vor dem Essen, bei Kindern von 6—12 Jahren 4mal täglich 1 Kinderlöffel, bei kleineren Kindern entsprechend weniger."

(Medizin. Klinik. 1906. Nr. 5.)

Über die organische Eisenverbindung Bioferrin in der Praxis berichtet Regimentsarzt Dr. Fr. Hotys (Wien) und zeigt an Beispielen, welche Erfolge er bei Chlorose, Anämien, Rekonvaleszenz usw. mit dem Präparat erzielt hat. Letzteres zeichnete sich vor allem durch seine tonisierende, appetitanregende, blutbildende Eigenschaft aus und verdient als leichtverdauliches, kräftigendes, den Allgemeinzustand hebendes Mittel warme Empfehlung. (Wiener med. Presse. 1906. Nr. 14.)

Über Euchinin und Aristochin gegen Keuchhusten läßt sich Prof. C. Binz (Bonn) aus und empfiehlt diese Präparate für die Praxis. Euchinin hat er bei zwei Kindern, die sich bei ihm selbst aufhielten und die er also genau beobachten konnte, angewandt und konnte die eklatante Wirkung dieses Mittels auf den Keuchhusten selbst beobachten. Auch Aristochin ist ein empfehlenswertes Keuchhustenmittel. Leider sind beide Präparate teuer, so daß sie für die ärmere Klientel kaum in Betracht kommen. (Berliner klin. Wochenschrift. 1906. Nr. 15.)

Zur Erleichterung der Parazentese hat Dr. Stiel (Köln a. Rh.) eine Vorrichtung ersonnen und schreibt darüber:

„Die Durchschneidung des Trommelfells ist eine Operation, welche der praktische Arzt besonders auch auf dem Lande auszuüben Gelegenheit hat. Abgesehen von dem Fehlen der Assistenz ist es oft genug die Ungebärdigkeit der Patienten, zumal der größeren Kinder, welche die kleine Operation erschwert oder sogar ihre Ausführbarkeit in Frage stellt. Um dieselben zu erleichtern, verband ich eine Parazentesennadel in der Weise mit dem Ohrtrichter, daß erstere in einer Hohlrinne des Trichters gleitet. Die Vorteile dieser Konstruktion sind folgende: 1. kann die Nadel zugleich mit dem Trichter in den Gehörgang ohne

Wissen des Patienten eingeführt werden, da die Nadel vom Trichter festgehalten wird. Es tritt keine Beunruhigung und kein Abwehren ein, und die Operation gelingt durch Überraschung des Patienten außerordentlich leicht und sicher; 2. durch das Gleiten in der Rinne des Ohrtrichters wird der Nadel der Weg zum Trommelfell vorgeschrieben, eine leichte Drehung des Trichters nach oben oder unten, nach rechts oder links verändert die Stellung der Nadel und bestimmt das Eindringen in die zu durchschneidende Partie des Trommelfells. Die Reinigung des Instrumentes[1]) ist durch Herausnahme aus der Rinne gewährleistet."

(Berliner klin. Wochenschrift. 1906. Nr. 16.)

Erfahrungen über Blutan, einem alkoholfreien Liquor Ferro-Mangani peptonati, veröffentlicht Dr. Alb. Kaiser (Dresden). Das von der Firma Dieterich-Helfenberg hergestellte Präparat — sie stellt ihn mit Acid.-Albumin mittels Imprägnation mit CO_2 her — ist ein haltbares, alkoholfreies, therapeutisch wirksames, vorzüglich schmeckendes Mittel. Dasselbe hat sich K. bei zahlreichen Fällen von Anämie, Chlorose, Schwächezuständen bestens bewährt, und hat auch bei anämischen, skrofulösen, nach Krankheiten (Masern, Diphtherie, Keuchhusten) rekonvaleszenten Kindern, in der Dosis von 2—3 mal täglich 1 Kaffeelöffel gereicht, sehr gute Dienste getan, indem es seine appetitanregende, kräftigende und tonisierende Wirkung voll entfaltete. Das Blutan ist zudem recht billig (1 Flasche Mk. 1.) und wird ausgezeichnet vertragen, auch von schwachen Magen.

(Therap. Monatshefte. April 1906.)

Die Einwirkung der Amara auf die Appetenz, mit besonderer Berücksichtigung des Extract. Chinae Nanning erprobte Dr. Weinberg (Wien) an einer Reihe von Krankheitsfällen. Extr. Chinae Nanning hatte nicht allein bei organischen Magenaffektionen vorzügliche Wirkung und beseitigte die dyspeptischen Beschwerden gründlich, sondern es half auch da, wo es sich um Beteiligung des Magens an allgemeinen Erschöpfungszuständen handelte, wo infolge von Anämie nach Blutungen oder infolge anderweitiger bedeutender Kräfteabnahme auch die Schleimhaut des Magens an diesen allgemeinen Schwächezuständen teilnahm und die Sekretion daher so gering wurde, daß der Appetit des Kranken schwand und sich durchaus nicht heben wollte. Es gelingt dem Amaris, speziell dem Extract. Chinae Nanning, sehr rasch, die abnormen Verhältnisse zur Norm zurückzubringen; namentlich bei jenen Fällen, bei denen es sich nur um reines Darniederliegen der Appetenz ohne stärkere Beteiligung des Verdauungsorgans selbst handelte, wie bei Anämie, Rekonvaleszenz und sonstigen Schwächezuständen, war die Appetitanregung durch das genannte Präparat eine eklatante.

(Die Heilkunde. April 1906.)

Über ein neues Kinderspitalbett schreibt Dr. Hutzler (Gisela-Kinderspital zu München):

Die Forderungen, welche an ein gutes Kinderspitalbett gestellt werden müssen, werden einerseits von der Hygiene, andererseits von den Eigenheiten der Kinderkrankenpflege diktiert.

I. Das Bett muß in allen seinen Teilen gut sauber zu halten sein. Deshalb sind Holzbetten, so wertvoll ihre Wärme bei geschwächten oder blutarmen Patienten sein mag, nicht mehr angängig. An den neueren Eisenbetten ist das Flechtwerk aus Spiraldraht zu verwerfen, weil es einen unzugänglichen Staubfänger darstellt. Auch die fest eingefügte Eisenmatratze schafft tote Ecken, zu denen wir mit den etwa nötigen flüssigen Desinfizientien nicht gelangen können.

Das Bett muß eine gesunde und bequeme Körperlage des Patienten ermöglichen. Deshalb soll die Matratze kräftig genug sein, daß sich keine Vertiefungen bilden, durch die der Körper zusammensinkt. Und sie muß so weit federn, daß die gestreckte Lage dem Patienten kein Unbehagen verursacht.

Das Bett muß gut durchlüftbar sein und gestatten, daß je nach Bedarf das Kopf- und Fußende erhöht oder erniedrigt werden kann.

II. Das Kinderspitalbett darf nicht zu niedrig sein. Bei den häufig notwendigen Handreichungen, wie Trockenlegen, Wäschewechseln, Messen, Zudecken, Füttern usw., ist das Arbeiten in tiefgebückter Stellung für das Pflegepersonal außerordentlich angreifend.

---

[1]) Firma Kühne, Sievers & Neumann in Köln.

Das Bett muß mit genügend hohen Seitenwänden versehen sein, die das Herausfallen kleinerer Kinder verhindern.

Das Bett muß endlich leicht beweglich sein, damit ein Platzwechsel vorgenommen werden kann, sei es zur Reinigung des Saales, sei es mit Rücksicht auf den Patienten (Fensterplätze für spielende Kinder, dunklere Stellen für lichtempfindliche).

Gefällige Form und ein heller, freundlicher Farbenanstrich sind im ästhetischen wie im hygienischen Sinne wünschenswert.

Diesen Forderungen entspricht, glaube ich, das neue Kinderbett des Gisela-Kinderspitals.

Es ist aus Eisen konstruiert und in allen seinen Teilen der säubernden Hand zugänglich. Der Tragrost besteht aus gekreuzten flachen Stahlbändern, die leicht federn, ohne von der dauernden Belastung Einsenkungen zurückzubehalten. Der Rost ruht auf leicht herausnehmbaren eisernen Tragbügeln, welche zur Tieferstellung des Fuß- oder Kopfendes oder auch des ganzen Lagers durch herabreichende Haken ersetzt werden.

Die Höhe des Rostes ist 65 cm. Der Patient liegt auf 10—15 cm dicker Matratze 75—80 cm hoch (Tischhöhe), ist also für die Hände der aufrechtstehenden Pflegerin bequem erreichbar.

Die Seitenwände des Bettes bestehen, wie die Querteile, aus eisernen Sprossen und sind vom Rost auf gemessen 60 cm hoch. Sie sind der Höhe nach in zwei miteinander gelenkig verbundene Gitter geteilt, von denen das obere in Angeln heruntergeklappt und dann mit dem unteren gemeinsam weiter senkrecht niedergelassen werden kann. Die Exzentrizität der Angeln verhindert ein Klemmen der kindlichen Finger. In heruntergelassenem Zustande sind die Seitewänden nur mehr 20 cm hoch. Ihre obere Kante ist jetzt auf gleicher Höhe mit der Matratze, abwärts reicht sie nur 5 cm unter die Rosthöhe.

Das ergibt einen neuen Vorteil des Bettes, nämlich, daß der Transport auf den Untersuchungstisch überflüssig wird — zur Schonung des Patienten, wie der Pflegerin. Der Arzt kann, auf einem Stuhl sitzend, seine Knie bequem unter das Bett schieben und hat nun das Kind wie auf einem Untersuchungstische vor sich.

Das Bett wird in zwei Größen hergestellt:

Größe I: 130 cm lang, 70 cm breit für Kinder bis zu 8 Jahren.

Größe II: 170 cm lang, 75 cm breit (nur mit 35 cm hoher Seitenwand) für ältere Kinder. (Münch. med. Wochenschrift. 1906. Nr. 12.)

V. Neue Bücher.

C. Frh. v. Pirquet u. B. Schick. **Die Serumkrankheit.** Leipzig u. Wien 1905. Franz Deuticke. Preis: Mk. 4,50.

Diphtherieserum wird heute allgemein angewandt; mit welch ausgezeichnetem Erfolge, ist bekannt. Leider ruft die Einverleibung des Serums öfters Nebenerscheinungen hervor, die man bisher unter dem Namen „Serumexanthem" kennzeichnete. Dieser Name könnte leicht Veranlassung geben, das Exanthem für das wesentlichste Symptom der Erkrankung zu halten, was absolut nicht der Fall ist. Die Verff. haben daher dafür die Bezeichnung „Serumkrankheit" gewählt und dieselbe an der Escherichschen Kinderklinik in Wien eingehend studiert. Die Resultate dieses Studiums sind in dem vorliegenden Buche niedergelegt worden, das wir allen Ärzten warm zur Lektüre empfehlen. Der Arzt muß unbedingt über alle Einzelheiten der Serumkrankheit orientiert sein und kann den Autoren dankbar dafür sein, daß sie ihm dies Krankheitsbild so eingehend und so klar und prägnant gezeichnet haben. Grätzer.

O. Sprengel. **Appendicitis.** Stuttgart. F. Enke. Preis: Mk. 26.

Das Buch bildet einen Teil (Lieferung 46 d) des großen Werkes „Deutsche Chirurgie" und behandelt den Stoff mit einer Ausführlichkeit, die bisher in der

deutschen Literatur wohl einzig dasteht; schon die Literaturaufzählung nimmt einen Raum ein, der ein ganzes Buch für sich sonst aufnimmt. Das Thema wird jetzt mehr als je von Forschern und Praktikern bearbeitet, hat weitgehendste Diskussionen hervorgerufen und wird noch immer auf das lebhafteste diskutiert. Natürlich kann der Arzt nicht alle diese Arbeiten studieren, aber er muß heutzutage gerade bei dieser Frage auf dem Laufenden bleiben und mit dem neuesten Stand unseres Wissens vertraut sein. Als Studien- und Nachschlagewerk wird ihm Sp.s gewaltige Monographie ausgezeichnete Dienste leisten. Die Einteilung des Stoffes ist eine sehr übersichtliche, die Diktion klar und fließend; Sp. versteht es gut, das Interesse wach zu halten und die für die Praxis wichtigen Momente plastisch hervortreten zu lassen. Das mit vier farbigen Tafeln und 82 Abbildungen im Text versehene Buch wird eine Zierde unserer Literatur bilden. Grätzer.

Diagnostisch-Therapeutisches Lexikon. Verlag von Urban & Schwarzenberg, Wien u. Berlin.

Im gleichen Verlage ist bereits ein diagnostisches und ein therapeutisches Lexikon erschienen, welche bei den Praktikern großen Beifall gefunden haben. Die Vorzüge beider sollen nun in einem einzigen lexikalischen Werke vereinigt werden, das dem Arzte in knapper Form ein zuverlässiger Führer in den wichtigsten Zweigen der ärztlichen Tätigkeit, Diagnostik und Therapie, sein soll. Als Herausgeber des neuen Unternehmens zeichnen Bruhns (Berlin), Bum (Wien), Gottschalk (Berlin), Kausch (Berlin), Klemperer (Berlin) und Strasser (Wien), und eine Reihe weiterer hervorragender Namen sind als Mitarbeiter angegeben. Das Werk soll in 60 Lieferungen (à Mk. 1,20) erscheinen, und die erste derselben, die Artikel „Abasie“ bis „Akne“ umfassend, liegt bereits vor. Kurze, klar geschriebene Artikel, mit vorzüglichen Abbildungen versehen, orientieren den Leser über alle wichtigen diagnostischen und therapeutischen Fragen nach dem gegenwärtigen Stande unseres ärztlichen Wissens und Könnens. Wir sind überzeugt, daß auch die folgenden Lieferungen auf gleicher Höhe stehen werden, und daß das Unternehmen nach seiner Vollendung wieder ein erstklassiges Nachschlagewerk darstellen wird, das jedem Praktiker die ersprießlichsten Dienste zu leisten berufen ist. Grätzer.

Neue Dissertationen.

(Aus deutschen Universitäten.)

Brand, E., Zur Kenntnis des Diabetes mellitus im Kindesalter (Berlin). — **Brunck, W.**, Die systematische Untersuchung des Sprachorgans bei angeborenem Gaumendefekt in ihrer Beziehung zur Prognose und Therapie (Leipzig). — **Fränkel, P.**, Beitrag zur Kasuistik der Prostatakarzinome im kindlichen Alter (Leipzig). — **Grimm, R.**, Das zentrale Skotom bei angeborener Amblyopie und Schielamblyopie (Halle). — **Haas, H.**, Beitrag zur Lehre von den Zysten der Nabelschnur (Heidelberg). — **Kühne, A.**, Über einen Fall von Syndaktylie und amniotischen Abschnürungen (München). — **Lange, E.**, Die Rolle der Heredität in der Ätiologie der Neurofibrome, Fibromata mollusca, Elephantiasis congenita (Leipzig). — **Laux, E.**, Über fötale Hydrocephalie in ihrer Beziehung zur Geburt (München). — **Michaelis, H.**, Über Kindersterblichkeit im allgemeinen und über die Gründe des Nichtstillens, geprüft an der Berliner Arbeiterbevölkerung (Leipzig). — **Miyahara, T.**, Kasuistische Beiträge zur Lehre vom Hydrocephalus congenitus internus (München). — **Möllhausen, W.**, Beiträge zur Frage der Säuglingssterblichkeit und ihres Einflusses auf die Tüchtigkeit der Überlebenden (Leipzig). — **Preitz, H.**, Ein Beitrag zur Kenntnis der angeborenen Zystenniere (Jena). — **Rascher, J.**, Über den Einfluß der Art der Ernährung auf die Säuglingssterblichkeit in München (München). — **Schmidt, A.**, Über die Todesursachen der Kinder während der Geburt (Freiburg i. B.). — **Schubert, M.**, Über Atresia ani congenita (Leipzig). — **Stiebeling, K. W.**, Zur Kenntnis der in der ersten Hälfte des Jahres 1905 in der Leipziger mediz. Klinik unter der Diagnose „Meningitis epidemica“ eingelieferten Erkrankungen (Leipzig). — **Stieda, A.**, Die angeborenen Fisteln der Unterlippe und ihre Ent-

stehung. Habilitationsschrift (Halle). — **Werkmeister, K.**, Der zeitliche Abfall des Nabelschnurrestes beim Neugeborenen (Greifswald). — **Wolf, K.**, Säuregrad und Keimgehalt bei gewöhnlicher und bei pasteurisierter Milch (Berlin).

VI. Monats-Chronik.

Der Redakteur dieses Blattes wohnt vom 1. Juli ab:

Friedenau-Berlin, Handjery-Str. 14.

Berlin. Mit der **Leitung der dritten Säuglingsfürsorgestelle** in Alt-Moabit ist Oberarzt Dr. Langstein, Assistent an der Universitätskinderklinik an Stelle des nach Dresden berufenen Priv.Doz. Dr. Salge betraut worden.

— Die Zahl der **Schulärzte** ist von 36 auf 44 vermehrt.

Charlottenburg. In der am 17. v. M. eröffneten Kindererholungsstätte Westend soll hauptsächlich die **Bekämpfung der Rachitis** durchgeführt werden. Es wird für rachitische Kinder eine besondere Schlafbaracke eingerichtet, um ihnen den dauernden Aufenthalt im Freien zu ermöglichen.

Hamburg. Ein **Schularzt** wird demnächst angestellt.

Freiburg i. B. Der Verein Freiburger Ärzte hat auf Anregung von Prof. Hoche sich für **Abschaffung des Nachmittagsunterrichtes in Mittelschulen** ausgesprochen.

Hannover. Für die große Zahl **minderbegabter und minderwertiger Kinder**, deren Erziehung mit normalen nicht durchführbar ist und die anderseits auch nicht in Idiotenanstalten gehören, ist eine Sonderanstalt in Hannover-Kirchrode gegründet worden unter dem Namen: Stellings Heilpädagogium für schwachbefähigte Kinder gebildeter Stände. Hier werden ähnlich wie in den Zimmerschen Anstalten in Zehlendorf-Berlin durch Pädagogen und Ärzte die Kinder geistig und körperlich überwacht und erzogen. Die ärztliche Leitung liegt in der Hand von Herrn Prof. Bruns, Hannover. Näheres durch Herrn H. Stelling, Hannover-Kirchrode.

Schweidnitz. Die Regierung in Oppeln weist in einer Verfügung darauf hin, daß vom sanitären Standpunkte die Einrichtung von **Schulapotheken**, in denen Mittel für die erste Behandlung bei Unfällen und plötzlichen Erkrankungen von Schulkindern vorrätig sind, zweckmäßig sei. Die Verwaltung der Schulapotheken erfolgt durch die Lehrer. Auf diese Einrichtung sollen die Schulvorstände und Schulunterhaltungspflichtigen aufmerksam gemacht werden. Vor Einrichtung der Schulapotheken ist der Schulaufsichtsbehörde Anzeige zu erstatten, unter Angabe der Arzneimittel und sonstigen Stoffe und Gegenstände, die vorrätig gehalten werden sollen. Eine gelegentliche Revision dieser Apotheken wird durch die Kreisärzte erfolgen, die von der Einrichtung in Kenntnis zu setzen sind, sobald hierzu behördlicherseits die Genehmigung erteilt ist.

Solingen. Eine allgemeine **ärztliche Kontrolle der Schulkinder** hat die Gemeinde Haan, Kr. Mettmann, eingeführt.

Pirmasens. Im Kloster sind einige Zöglinge von der **ägyptischen Augenkrankheit** befallen worden. In Zweibrücken mußte wegen derselben Krankheit eine Schulklasse geschlossen werden.

Wien. Die Ärztekammer will beim Unterrichtsministerium die Anstellung von **Schulärzten** beantragen.

— Prof. Escherich hat den Titel und Charakter eines **k. k. Hofrates** erhalten.

London. Im Unterhause wurde beantragt, schlechtgenährten **Schulkindern unentgeltlich Mahlzeiten** verabfolgen zu lassen.

Verantwortlicher Redakteur: Dr. Eugen Graetzer in Sprottau. — Verlag von Johann Ambrosius Barth in Leipzig. — Druck von Metzger & Wittig in Leipzig.

Centralblatt für Kinderheilkunde.

Eine Monatsschrift für praktische Ärzte.

XI. Jahrgang. 1. Juli 1906. No. 7.

I. Originalbeiträge.

Die Reaktion des Säuglingsstuhles und ihre Bedeutung für die Praxis.

Von

Prof. Dr. **Arthur Schloßmann.**

In sehr vielen Büchern und Abhandlungen, auch in ganz modern überarbeiteten, die sich speziell mit der Semiotik der Fäzesuntersuchung des Säuglings beschäftigen, kann man die Angabe finden, daß der normale Muttermilchstuhl deutlich sauer, umgekehrt dagegen der normale Kuhmilchstuhl stets alkalisch reagiert. Ich will hier nicht in eine Erörterung der Eigenschaften eingehen, die für den Stuhlgang des Säuglings zu fordern sind, um ihm das Ehrenprädikat „normal" zukommen zu lassen. In der Praxis ergibt es sich nämlich einmal, daß die Anschauungen über das, was man noch normal nennen kann, recht auseinander gehen; auf der anderen Seite ist aber der im landläufigen Sinne der Lehrbücher normale Säuglingsstuhl eine große Seltenheit. Wir werden im weiteren noch anführen, welche Reihe von Umständen zusammen wirken müssen, um ein halbwegs normales Produkt nach dieser Richtung hin zu erzielen. Zunächst wollen wir aber hören, wie man sich die obligatorischen Unterschiede in der Reaktion des Stuhles bei Brustkindern und bei den unnatürlich genährten erklärt. Je nach der überwiegenden Fäulnis oder Gärung — ich folge jetzt Selter[1]) — werden wir eine alkalische oder eine saure Reaktion oder beide erwarten müssen. Praktisch faßt der genannte Autor seine Meinung dahin zusammen: Der normale Muttermilchstuhl reagiert sauer wegen darin vorhandener freier Milchsäure. Die alkalische Reaktion desselben zeigt Eiweißfäulnis an. Der normale Kuhmilchstuhl ist von schwach alkalischer Reaktion, der pathologisch saure durch abnorme Fett- oder Kohlehydratspaltung bedingt.

Die hier übermittelten und sehr weit verbreiteten Anschauungen[2]) sind nun durchaus nicht mit den Tatsachen übereinstimmend, und es erschien mir zweckentsprechend, einmal auf die faktische Sachlage, wie sie von mir seit Jahren vorgetragen wird, aufmerksam zu machen.

---

[1]) Selter, Die Verwertung der Fäzesuntersuchung für die Diagnose und Therapie der Säuglingsdarmkatarrhe nach Biedert. Stuttgart, F. Enkes Verlag. 1904.

[2]) Auch in dem neuen Buch von Biedert u. a.: Das Kind, F. Enkes Verlag 1906, finden sich diese Ansichten vertreten.

Die Reaktion des Säuglingsstuhles — normales Verhalten des Kindes vorausgesetzt — ist abhängig von der Zusammensetzung der Nahrung, und zwar im wesentlichen nur von dem Verhältnis, in dem Eiweiß und Fett zueinander stehen. Ob man dabei Kuhmilch oder Frauenmilch, Kuhmilcheiweiß oder Frauenmilcheiweiß verfüttert, ist vollkommen nebensächlich. Das, worauf es ankommt, sind die Gewichtsverhältnisse, in denen beide, nämlich Fett und Eiweiß, zueinander stehen. Enthält die Nahrung auf ein Teil N-haltige Substanz etwa drei oder mehr Teile Fett, so reagiert der Stuhl unter „normalen“ Umständen sauer; ist dagegen das Verhältnis so, daß auf ein Teil Eiweiß nur ein Teil Fett kommt, so haben wir eine alkalische Reaktion der Dejekta zu erwarten. Ich setze hierbei außer der Gesundheit des Kindes voraus, daß demselben eine genügende Menge Nahrung, aber auch kein Übermaß zugeführt wird, denn sonst ändern sich unter Umständen die Dinge: Prämisse ist also ein quantitativ rationell genährtes, gesundes Kind. Alsdann ist es, wie gesagt, vollkommen gleichgültig, ob man dabei mit Kuhmilch oder mit Frauenmilch manipuliert. Ohne weiteres leuchtet es ein, daß ein Brustkind nach dem Gesagten sauren Stuhl haben wird, denn in der Frauenmilch haben wir ja das Verhältnis von Fett zu Eiweiß so, wie es zum Zustandekommen der sauren Reaktion vonnöten ist, da kommen ja auf einen Teil N-haltige Substanz etwa drei Teile Fett. Gebe ich aber dem Kinde Kuhmilch, sei es nun Vollmilch, oder Halbmilch oder Drittelmilch, oder sonst irgend eine einfache Verdünnung des Ausgangsproduktes, immer werde ich ein Verhältnis von Fett zu Eiweiß etwa wie 1:1 haben und infolgedessen auch eine alkalische Reaktion des Stuhles. Aber mit Arteigenheiten der Frauen- oder Kuhmilch haben wir es hier nicht zu tun. Wenn ich beispielweise einen Säugling mit derjenigen Sahnenmischung aufziehe, die ich speziell bevorzuge und mit der ich eine sehr stattliche Anzahl von Kindern — gesunde wie krank in meine Behandlung kommende — aufgezogen habe und die 3 % Fett und ca. 1 % Eiweiß enthält, so habe ich andauernd einen sauren Stuhl zu gewärtigen. Gebe ich umgekehrt dem Säuglinge zentrifugierte Frauenmilch, so ist der Stuhl alkalisch. Ich habe vor einigen Jahren einmal eine Serie von Versuchen angestellt, bei denen die Frauenmilch wie die Kuhmilch mit Hilfe eines Separators in Magermilch und Fett zerlegt, und ein chassez-croissez gemacht wurde. Der Frauenmagermilch wurde ebensoviel Kuhsahne zugesetzt als ihr Frauensahne entnommen war; ich hatte also nunmehr ein Produkt vor mir, in dem das Eiweiß das der Frauenmilch, das Fett das der Kuhmilch war. Setzte ich nun soviel Kuhfett zu, wie ursprünglich Frauenfett darin war, auf den Liter also ca. 30 g Kuhbutter, so reagierte der Stuhl der damit gefütterten Kinder natürlich sauer. Begnügte ich mich aber damit, das Gemisch weniger fetthaltig zu machen, also nur etwa 10 g Kuhbutter zuzusetzen, so bekam ich eine Nahrung, in der Fett und Eiweiß ungefähr sich wie 1:1 verhielt und die an Energiewert etwa einer Halb- bis Drittelmilch entsprach, und der Stuhl war natürlich alkalisch. Aber auch umgekehrt zeigte sich ein entsprechendes Verhalten der Fäzes. Wenn ich die Kuhmagermilch mit zwei Teilen Wasser versetze und dem Gemisch 3 %

Frauenmilchbutter beimengte, so bekam ich eine in grob chemischer Hinsicht der normalen Zusammensetzung der Frauenmilch entsprechende Nahrung, in der das Eiweiß von der Kuh, das Fett aber von der Frau stammt und das Kind, das damit genährt wurde, reagierte prompt mit sauren Stühlen. Setzte man aber zur unverdünnten Kuhmagermilch die gleiche Menge Frauenmilchsahne wie vorher, so war das Verhältnis von Fett zu Eiweiß wie 1:1 und der Stuhl reagierte alkalisch. So kann man also beliebig die Reaktion des Stuhles beeinflussen und insofern ist dieselbe ganz ohne jede Bedeutung für das Gedeihen des Kindes, als wir ja sehr gut wissen, daß manche Kinder mit Halbmilch sich ganz gut entwickeln, also bei andauernd alkalischer Reaktion der Fäzes, andere jedoch wieder bei Sahnenmischung oder an der Brust, also mit stets sauren Stühlen. Aber unsere Fähigkeit, auf die Reaktion der Ingesta einzuwirken, benutzt der individualisierende Therapeut selbstverständlich bei Gelegenheit. Unterliegt es ja doch keinem Zweifel, daß wir die Darmflora nicht minder wie die resorptiven Vorgänge unter Umständen beeinflussen können, indem wir die saure Reaktion in die alkalische oder umgekehrt verwandeln. Das gilt nicht nur bei der Behandlung der Verdauungsstörungen im Säuglingsalter, auch bei Infektionskrankheiten werden wir unter Umständen hieran denken können. So habe ich im Verein mit Moro schon früher daran erinnert, daß man beispielsweise beim Typhus abdominalis niemals künstlich eine alkalische Reaktion in den Ingesten schaffen wird durch Darreichung von Magermilch oder gar Eselsmilch, sondern daß man dem säureempfindlichen Erreger dieser Krankheit den Aufenthalt im Darm durch eine intensiv saure Reaktion des Stuhles, wie man sie leicht durch Sahne erzielt, unbehaglich machen wird.

Aus dem hier Angedeuteten ersieht man, daß ich die Reaktionsprüfung der Säuglingsstühle durchaus nicht gering achte, wenn ich auch vor einer Überschätzung dieser Untersuchungsmethode und vor einer einseitigen Deutung des damit erhobenen Befundes warnen zu sollen glaube. Doch gibt uns die Feststellung, ob der Stuhl die Reaktion hat, die wir erwarten müssen, oder die entgegengesetzte zweifellos wichtige semiotische Hinweise. Finden wir z. B., daß die Ausleerungen eines an der Mutterbrust genährten Kindes alkalisch reagieren, so lassen wir die verschiedenen Möglichkeiten, die hierzu führen konnten, rasch an unserm Gedächtnis vorüber ziehen und suchen demgemäß nach Mitteln, um eine etwa drohende Gesundheitsstörung des Kindes schon im Keime zu bekämpfen. Einen alkalischen Stuhl beim Brustkinde werden wir in erster Linie zu erwarten haben, wenn die Brust nicht genügend Nahrung bietet. Bei ungenügender Milchmenge der Mutter überwiegen in den Ausleerungen des Kindes die Ausscheidungen des Darmes über die Abbauprodukte der Nahrung. Da erstere stark alkalisch sind, so wird auch die Reaktion des Gesamtstuhles eine alkalische. Bietet doch gerade der reine Hungerstuhl den Typus des stark alkalischen. Im Falle einer unzulänglichen Menge an Nahrung wird die Gesamtmenge der Fäzes eine geringe sein. Es kann dabei eine beträchtliche Obstipation bestehen — nämlich die Obstipation aus Mangel an ausscheidbaren

Schlacken, doch können auch häufige, nur aus einem kleinen Klechse bestehende Ausleerungen beobachtet werden. In vielen Windeln finden sich fäkale Andeutungen, ohne daß es zur Produktion wirklicher „Stuhlwindeln“ kommt. Dabei haben wir Gewichtsstillstand oder gar Abnahme, sowie Unruhe des Kindes zu erwarten. Die Feststellung der innerhalb 24 Stunden an der Brust genommenen Nahrung mit Hilfe der Wage sichert die Diagnose. Wir werden uns bemühen, die nur schwach fließende Milchquelle zu ergiebigerer Leistungsfähigkeit zu führen oder für kürzere oder längere Zeit zur Beifütterung aus der Flasche übergehen und auf diese Weise den durch Ermittelung der Reaktion des Stuhles zuerst geklärten Übelständen Abhilfe schaffen.

Auch wenn die Milchmenge an und für sich genügt, ist eine alkalische Reaktion der Ausleerungen des Brustkindes dann zu erwarten, wenn ein Mißverhältnis von Eiweiß zu Fett in der Frauenmilch sich findet. Nicht gar zu selten kommt es besonders bei schlecht genährten Frauen aus dem Proletariate, deren Nahrung hauptsächlich aus Kaffee und Brot besteht, zu einer Hypolipogalaktie, zu einem Herabsinken des Fettgehaltes der Milch auf 2 $^0/_0$, ja auf noch weniger. Dann nähert sich aber das Verhältnis von Eiweiß zu Fett immer mehr dem in der Kuhmilch und infolgedessen schlägt die Reaktion der Fäzes in die alkalische um. Das objektive Befinden des Kindes und seine Entwicklung braucht dabei keinerlei Störung aufzuweisen, wenn nämlich das prozentuale Manko an Fett und damit an Energie durch eine vermehrte Milchmenge, die konsumiert wird, einen Ausgleich findet. Häufig genug allerdings kommt es auch hier zu einer Unterernährung, zu Gewichtsstillstand oder gar Gewichtsabfall. Die Ausleerungen nähern sich den oben beschriebenen oder aber es kommt, wenn eine vikariierende Mehrproduktion von Milch sich einstellt, zu ziemlich hartnäckiger Obstipation. Bei Anregung der Darmperistaltik, die infolge der fettarmen Nahrung gering ist, durch Klysma oder Bauchmassage erzielen wir aber in diesem Falle ganz beträchtliche Quantitäten Stuhl. Die Therapie wird sich bemühen, den Fettgehalt der Milch der Nährerin zu erhöhen: freilich zumeist ein eitles Begehren, wofern wir nicht in der Lage sind, unsern Ratschlägen durch Verschaffung der nötigen fettreichen Nahrungsmittel und durch Hebung des gesamten Ernährungsniveaus der proletarischen Mutter die reale Möglichkeit der Befolgung zu erwirken. Ändert man aber faktisch die Diät der stillenden Frau in dem angedeuteten Sinne, etwa durch Aufnahme in die klinische Behandlung, so kann man den Fettgehalt der Milch und folgegemäß die Reaktion des Stuhles entsprechend beeinflussen.

Doch auch eine überreiche Milchproduktion, also der entgegengesetzte Vorgang wie die eben besprochenen, kann zu dem Effekt führen, daß es trotz Ernährung an der Brust zu einer Ausscheidung alkalisch reagierender Stühle kommt. Wir wissen ja heute, daß bei sehr vielen Frauen die Milchsekretion weit über das Bedürfnis des Kindes hinausgeht, ja ein Doppeltes und Mehrfaches dieses Bedarfes betragen kann. Ich verweise auf meine hierauf bezüglichen früheren und zuletzt im 43. Bande des Archivs für Kinderheilkunde S. 25 f. wieder-

holten und erweiterten Angaben. Gibt es ja doch Frauen, bei denen unter einem zweckentsprechenden Regime der Born der Mutterbrust zu exorbitantem Fluß zu bringen ist, bei denen wir 3, 4 ja bis zu 5 Liter Milch am Tage erzielen können. Glücklicherweise haben ja die theoretisierenden Erörterungen Bunges über die vermeintliche Degeneration der Menschenrasse, die sich momentan gerade im zoologischen System von der Klasse der Säugetiere loszulösen im Begriffe stehen soll, durch die genaue Beobachtung und Registrierung der einschlägigen Verhältnisse völlig abtun lassen. Heute wie zu den Zeiten, da Tacitus die deutsche Frau seinen Landsmänninnen als glänzendes Beispiel vorführte, ist dieselbe fähig, dem Kinde, das sie zu gebären vermochte, auch die erste Nahrung zu geben. An der Fähigkeit fehlt es im allgemeinen nicht, wohl aber am guten Willen und entsprechender Belehrung und Beeinflussung. Bei dieser günstigen Sachlage in bezug auf die Stillfähigkeit kommt es nun, und zwar gar nicht so selten, dahin, daß die vorhandene Milchmenge weit über das hinausgeht, dessen das Kind benötigt. Es wird also nur einen Teil, und zwar den ersten Teil der in der Brust seiner harrenden Nahrung konsumieren. Dieser erste Teil der entfließenden Milch ist aber chemisch bekanntlich wesentlich anders zusammengesetzt als die später folgenden Portionen oder etwa die Gesamtmilch. Wir sehen zunächst eine sehr fettarme und dabei relativ eiweißreiche Milch sich entleeren und erst später, je länger die Mahlzeit andauert, je mehr das Kind zur Neige kommt, um so fettreicher wird das, was es trinkt, bis es zum Schluß sich an reiner Sahne delektiert. Bis zu diesem Genusse vermag es sich jedoch bei einer überreichen Milchsekretion nicht durchzutrinken; seine Bedürfnisse sind früher gestillt und ein namhafter Teil der Säuglinge hört ja bei der natürlichen Ernährung auf, kurz nachdem er sich die benötigte Nahrungsmenge zugeführt hat. Bei sehr reichlich vorhandener Milch kann nun das Kind so gut wie ausschließlich „Frauenmagermilch" trinken und die „Frauenvollmilch" und „Frauensahne" übrig lassen. Infolgedessen sehen wir es zu einer alkalischen Reaktion der Stühle kommen. Um so eher wird das der Fall sein, wenn die Mutter sich verleiten läßt, den Übelstand dadurch zu vermehren, daß sie dem Kinde zu jeder Mahlzeit beide Brüste gibt. Sie ist erstaunt, daß schon nach wenigen Minuten der Säugling die Brust losläßt und unzweifelhaft andeutet, daß er genug hat. Da ihr die Zeit zu kurz erscheint, die das Kind getrunken hat, und sie nicht darüber unterrichtet ist, daß in einem sehr geringen Zeitabschnitte aus einer guten Brust sehr große Quantitäten getrunken werden können, so nötigt sie dem Übersatten noch eine Portion Magermilch von der andern Seite auf, und da es kaum der Anstrengung des Saugens bedarf, die strotzende Drüse vielmehr spontan dem Kinde die Nahrung entgegen spritzt, so tut es schließlich der Mutter den Gefallen, noch etwas hinterzuschlucken. Auf diese Weise entsteht aber ein neuer Übelstand; das Kind wird verwöhnt und verlernt das Saugen im Schweiße seines Angesichtes. Wenn sich später die Milchproduktion und der Konsum mehr und mehr einander anpassen, so hört das auf diese Weise schlecht erzogene Kind auf zu trinken, sobald es die geringste Anstrengung dabei machen muß und verlangt die Darreichung

der anderen noch vollen und daher bequemer zu entleerenden Brust. Auf diese Weise kommt es zu einer dauernden Ernährung mit relativ fettarmer und eiweißreicher Milch und somit auch zu andauernder alkalischer Reaktion der Stühle. Natürlich haben wir bei dieser Sachlage keine Obstipation zu erwarten, sondern häufige, spritzende Ausleerungen sind die Folge der ja in genügender Menge aufgenommenen, aber sehr wasser- und zuckerreichen Nahrung. Die Gewichtszunahme kann dabei eine befriedigende, die Entwicklung des Kindes eine gute sein; öfter noch sehen wir das Gegenteil, die Zunahmen hören auf oder es kommt zur Abnahme. Die rege peristaltische Tätigkeit des Darmes führt zu einer Beschleunigung des Tempos, in dem die Nahrung passiert; infolgedessen ist die Verdauung und die Resorption eine ungenügende. Wir haben dann einen jener so häufigen Fälle vor uns, in dem irrtümlich die Annahme entsteht, daß die Frauenbrust nicht „leistungsfähig“ sei, während im Gegenteil eine erhöhte Sekretionsfähigkeit der Brustdrüse das klinische Bild erklärt. Freilich werden die vorhandenen Symptome oft genug falsch gedeutet. Unruhe und Schreien des überfütterten Kindes, Abnahme, häufige spritzende und nun gar alkalische Stühle verführen zur Annahme, daß die Milch der Mutter oder Amme „ungenügend“ oder „schlecht“ oder „für das Kind gerade nicht geeignet“ sei. Feststellung der in 24 Stunden konsumierten Milchmenge, eventuell Abwiegen des Getrunkenen während verschiedener Phasen jeder Mahlzeit, gibt uns den Hinweis, daß wir es nicht mit einem „Zuwenig“, sondern mit einem „Zuviel“ zu tun haben. In den Ausleerungen vermissen wir die weißen oder gelblichen Partikel, die man früher für „unverdautes Eiweiß“ hielt und die nichts anderes als Fettsäuren und fettsaure Salze sind, und nunmehr ist unser therapeutisches Tun klar vorgeschrieben und der Erfolg ein sicherer. Wir werden uns bestreben, dem Kinde weniger, aber gehaltreichere, d. h. fettere Milch zuzuführen. Zu diesem Zwecke werden wie die Nahrungspausen genau festsetzen, Bestimmung darüber treffen, daß immer bei jeder Mahlzeit nur die eine Brust gegeben wird und von dieser der erste Teil der Milch entweder von einem anderen Kinde abgetrunken oder abgedrückt, bzw. abgespritzt wird. Mit Wage und Uhr werden wir die Nahrungsmenge und die Trinkzeit kontrollieren und innerhalb weniger Tage sauren Stuhl, Zunahme und Wohlbefinden eintreten sehen.

Etwas komplizierter liegt die Sache, wenn die alkalische Reaktion des Säuglingsstuhles bedingt ist durch eine Vermehrung der Tätigkeit der Darmdrüsen, d. h. also, wenn bei natürlicher Ernährung eine erhöhte Ausscheidung des stark alkalischen Darmsaftes zur Überstumpfung des ursprünglich sauern Stuhles führt. Jeder Reiz, der in abnormer Steigerung auf den Magendarmkanal einwirkt, kann hierzu führen, so bakterielle Infektion des Ingesta oder aber auch wohl schon eine Veränderung der Art der Darmflora, bezüglich eine räumliche Verschiebung in der Verteilung derselben, so daß an Stellen, die sonst keimfrei oder keimarm sind, sich Mikroorganismen etablieren. Häufig genügt auch schon die Vermehrung der Menge oder aber die veränderte Zusammensetzung der aufgenommenen

Nahrung, um den zum Zustandekommen einer vermehrten Darmsaftausscheidung benötigten Reiz auszuüben. So wird natürlich die gerade vorher beschriebene Überfütterung mit fettarmer Nahrung, die viel Milchzucker enthält, in der Lage sein, sekundär erhöhte Darmsaftproduktion herbeizuführen und damit auch die alkalische Reaktion der Ingesta noch zu vermehren. Aber auch ein Zuviel an normal zusammengesetzter Nahrung kann die Folge haben, daß die Hypersekretion der Darmdrüsen den sauern Nahrungsrest, in erster Linie also die freien Fettsäuren übertönt. Oft genug sieht man dann allerdings einen Teil der Fäzes, zumal den flüssigeren, ganz stark alkalisch. In dieser alkalischen Flüssigkeit finden sich aber vereinzelt oder auch in größeren Mengen die schon erwähnten weißgelblichen Partikel. Spült man sie mit destilliertem Wasser nach Entnahme ab, so sieht man, daß sie an und für sich stark sauer reagieren; wir haben alsdann einen Stuhl vor uns, dessen feste Partien stark sauer, dessen dünnflüssiger Teil aber stark alkalisch reagiert. Das Allgemeinbefinden der befallenen Kinder kann empfindlich gestört sein, große Unruhe, Tenesmus und kolikartige Schmerzen, rasches Wundwerden infolge der scharf reizenden Ausleerungen, ja, zuweilen Temperaturerhöhungen vervollständigen das klinische Bild; an eine Zunahme ist zu dieser Zeit natürlich nicht zu denken. Die Therapie dieser Zustände hat häufig zunächst durch ein Laxans und zwar am besten durch Verabreichung von Rizinusöl den Darm zu reinigen und die Darmflora zu beeinflussen. Spülungen der zugängigen unteren Darmpartien mit großen Mengen lauwarmer physiologischer Kochsalzlösung (3—4 mal am Tage 500—700 g) werden den überflüssigen Schleim zu entfernen geeignet sein und lindernd auf die gereizte Schleimhaut einwirken. Durch Darreichung von Tannigen oder Tannalbin per os kann man medikamentös die vermehrte Sekretion beeinflussen. Die Hauptsache bleibt natürlich die Regelung der Diät; nach mehr oder minder kurzem Fasten bzw. Wasserdiät (6—18 Stunden), während dessen aber die Brust der Nährerin gut zu entleeren ist, wird man wieder vorsichtig mit der natürlichen Ernährung beginnen und auf Innehaltung genügender Pausen sowie auf die Beschränkung auf die wirklich nötigen Mengen achten.

Endlich kann die alkalische Reaktion des Stuhles noch auf einen andern Grund zurückzuführen sein; zuweilen, wenn auch selten, beobachten wir offenbar auf bakterielle Infektion zurückzuführende Fälle, bei denen es ganz akut zu einem schweren Krankheitsbilde kommt, das mit hohem Fieber und raschem Verfalle der Säuglinge einhergehen kann. Die Stühle sind vermehrt, meist mit grau-grieslichen Partien untermengt und zeigen einen ganz charakteristischen Geruch nach Trimethylamin (Heringslake). An Stelle des normalen Abbaues der Eiweißkörper ist es durch den Einfluß gewisser Mikroorganismen zur Entstehung vorwiegend alkalischer Endprodukte gekommen. Das wie gesagt nicht allzu häufige Krankheitsbild unterscheidet sich so fundamental von den vorher erwähnten Vorkommnissen, bei denen die Fäzes alkalisch reagieren, daß eine Verwechslung ausgeschlossen ist. Reinigung des Darmes, längeres Fasten und vorsichtiger Wiederbeginn der natürlichen Ernährung werden fast immer

zu dem gewünschten Ziele führen; doch sind es gerade unter diesen Fällen die ja an und für sich so seltenen zu suchen, bei denen auch ein Brustkind nicht zu retten ist.

Aus dem Dargelegten geht zur Genüge hervor, daß die Beachtung der Reaktion des Stuhles verbunden mit der aller anderen in Betracht kommenden Umstände uns willkommene diagnostische und auch therapeutische Hinweise zu geben vermag. Prämisse ist aber dabei, daß die Untersuchung in einwandsfreier Weise geschieht, um uns vor Trugschlüssen zu bewahren. So muß die Reaktion natürlich stets am frischen Stuhl vorgenommen werden, der sorglich vor der Vermischung mit Urin zu wahren ist. Man versuche daher nicht etwa an einer schon längere Zeit an der Luft liegenden Windel festzustellen, ob die Ausleerungen des Kindes alkalisch oder sauer sind, sondern man entnehme mit einem oben abgerundeten Glasstäbchen oder mit dem Gummiansatz der Klystierspritze oder des Irrigatorschlauches das zu untersuchende Material aus dem Rektum. Nach Einführung eines Gegenstandes in den Mastdarm wird ja in der Regel reflektorisch die Stuhlausstoßung eingeleitet, so daß Untersuchungsmaterial reichlich zur Verfügung steht.

Auch beim unnatürlich ernährten Kinde ergibt sich auf diese Weise manch beachtenswerter Fingerzeig; ich erinnere nur, wie bei der Buttermilchernährung, bei der nach dem Gesagten eine alkalische Reaktion der Fäzes zu erwarten ist, der Umschlag in die saure häufig ein prämonitorisches Symptom dafür abgibt, daß die normalen Abbauverhältnisse sich ändern. Dann heißt es beizeiten zu einer anderen Nahrung übergehen oder aber durch Zusatz von Sahne die biologischen Bedingungen für die Bakterien des Darmkanals zu verändern. Hierüber und überhaupt über die Bedeutung der Reaktion der Ausleerungen beim unnatürlich genährten Kinde zu sprechen, wird sich ein andermal Gelegenheit bieten.

II. Referate.

E. Moro u. F. Murath, Über die bakteriellen Hemmungsstoffe des Säuglingsstuhles. (Aus der k. k. pädiatr. Klinik in Graz.) (Wiener klin. Wochenschrift. 1906. Nr. 13.) Resumé der Versuchsergebnisse:

1. Der normale Säuglingsstuhl enthält intensiv wirksame bakterielle Hemmungsstoffe, die an der natürlichen Schutzkraft des Darms wesentlich beteiligt sind.

2. Der quantitative Gehalt an Hemmungsstoffen ist abhängig vom Gesundheitszustand des Darmes, unabhängig hingegen von der Ernährungsart und vom Alter des Säuglings.

3. An der Bildung der Hemmungsstoffe scheint das B. coli commune den hervorragendsten Anteil zu nehmen. Grätzer.

K. Walz, Zur Diagnose der kongenitalen Dünndarmatresie, unter besonderer Berücksichtigung der Untersuchung des Mekoniums. (Aus der Prosektur des Katharinenhospitals in Stuttgart.) (Münch. med. Wochenschrift. 1906. Nr. 21.)

W. faßt seine Ansichten wie folgt zusammen:

1. Der mitgeteilte Fall von kongenitaler Duodenalatresie, verbunden mit Hufeisenniere, spricht für ein Entstehen der Atresie auf entwicklungsgeschichtlicher Basis.

2. Auch bei völliger Duodenalatresie kann Mekonium abgehen.

3. Zur Bildung des gelben Mekoniums (M. amnioticum, Huber) ist die Beimischung von Fruchtwasserbestandteilen nicht notwendig.

4. In jedem Fall von beständigem Erbrechen Neugeborener ist in erster Linie das Mekonium histologisch zu untersuchen, da eine operative Therapie der Darmatresie nur auf Grund frühzeitiger Diagnose auf Erfolge rechnen kann. Fehlt spontaner Abgang von Mekonium, so ist zu versuchen, durch Klysma solches aus dem Rektum zu erhalten.

5. Völliges Fehlen von Wollhaaren im Mekonium ist ein sicheres Zeichen eines vor dem fünften Entwicklungsmonat entstandenen völligen Darmverschlusses. Die Diagnose wird unterstützt durch das gleichzeitige Fehlen von Plattenepithelien und Nahrungsbestandteilen (Fetttröpfchen).

Grätzer.

A. Bittorf, Zur Pathogenese der angeborenen Stuhlverstopfung. (Aus der mediz. Universitäts-Poliklinik zu Leipzig.) (Münch. med. Wochenschrift. 1906. Nr. 6.) Bei einem Kinde, das etwa 15 Wochen alt in B.s Behandlung gekommen war und 19 1/2 Wochen alt an Tuberkulose der Lungen und Hirschsprungscher Krankheit starb, wurde die Sektion gemacht. Der auffälligste Befund am Darm war die große Länge der Flexura sigmoidea und ihres Mesokolons. Ferner bildete den Übergang der Flexur in das Rektum eine allseitig deutlich eingezogene enge Stelle von 1 cm Länge und Breite. Da gerade diese Stelle befallen war, lag gewissermaßen die Übertreibung eines physiologischen, wenn auch nicht konstanten Befundes vor, der sog. Amusatschen Verengerung. Sie war in vivo nicht gefühlt worden, da, wie die Sektion zeigte, sie eben nur noch für den Zeigefinger erreichbar war.

Grätzer.

D. G. Zesas (Lausanne), Die Hirschsprungsche Krankheit. (Fortschr. d. Med. 1906. Nr. 2. Januar.) Sammelreferat mit zahlreichen Literaturangaben.

Kaufmann (Mannheim).

H. B. Sheffield, Chronic Constipation in Children. (Arch. of Pediatrics. November 1905.) Verf. ist der Ansicht, daß Obstipatio chronica meistens auf Atonie des Darmes beruht, und empfiehlt daher, außer Abänderung der Nahrung (z. B. Zusatz von Fett, Frucht, Gemüse, Wasser usw.), solche Mittel, die dazu beitragen, den Darm zu stärken. Massage, Elektrizität, Öl-Enemata und Prießnitz-Umschläge sind sehr dienlich, und sollen vorzugsweise jeden Abend gleichzeitig gebraucht werden. Die Behandlung soll für 3—4 Wochen fortgesetzt

werden, bis endlich der regelmäßige Stuhlgang zur dauerhaften Gewohnheit wird, was eigentlich der Hauptzweck der Behandlung ist.

H. B. Sheffield.

A. Pollatschek (Karlsbad), Über Bleibe-Klystiere. (Berliner klin. Wochenschrift. 1906. Nr. 21.) Über diese Klystiere, die er schon vor vielen Jahren empfohlen hat und noch mit bestem Erfolg anwendet, hielt P. beim 27. Balneologenkongreß einen Vortrag.

Das wesentliche ist, daß diese Klystiere im Darm verbleiben. Um dies zu erreichen, sind drei Momente erforderlich; die Klystiere müssen ein geringes Volumen haben, müssen hoch temperiert sein und vermöge ihres chemischen Gehalts in der angewandten Dosis die Ekkoprose zumindest nicht befördern. Es sind dies Klysmen von 50—100, nur selten 150 g Karlsbader Sprudels, die bei einer Temperatur von 48—52° C. in den Darm infundiert werden. Das Indikationsgebiet bilden chronische Diarrhöen, wobei die Klystiere teils kurativen, teils palliativen Erfolg haben. Die bei weitem häufigste Krankheit, bei welcher chronische Diarrhöen auftreten, ist die Enteritis catarrhalis chronica. Hier erzielte P. nicht selten Heilungen. Ein palliativer Erfolg wird bei Geschwürsprozessen aus anderen Ursachen (Tuberkulose, Dysenterie u. dgl.) erzielt, kein Erfolg bei sekundären Darmkatarrhen, wenn sie durch Stauungen im Pfortadersystem verursacht werden. In schweren Fällen muß man mit 50 g beginnen, bei Kindern mit noch weniger. Wenn es auch einmal beim ersten Versuche dem Patienten nicht gelingt, das Klysma zurückzuhalten, so darf man sich dadurch nicht zurückhalten lassen vor weiteren Versuchen. In den meisten Fällen gelingt es allmählich, solche kleine Dosen zur Resorption zu bringen und allmählich bis zu 100 und selbst 150 g aufzusteigen. Man beginnt mit 48° und appliziert solch Klystier 1—2 mal täglich, rasch bis zu 50° und selbst 52° ansteigend. Diese Klystiere belästigen nicht und machen keine unangenehmen Erscheinungen, im Gegenteil beruhigen sie die Darmperistaltik und wirken schmerzstillend. Wenn die Patienten nach Hause reisen, sollen sie die Klystiere fortsetzen, anfangs 2—3 mal täglich, später seltener; physiol. Kochsalzlösung oder gewöhnliches Wasser genügen dann. Für die Klystiere, die sich auch für die pädiatrische Praxis sehr gut eignen, hat P. einen besonderen Irrigateur (J. Odelga, Wien) angegeben.

Grätzer.

C. E. Bloch, Untersuchungen über die Pädatrophie. (Jahrbuch f. Kinderheilk. Bd. 53. Heft 4.) In sechs Fällen von reiner Kinderatrophie fanden sich 4 mal Zeichen einer Hypochylia intestinalis und in den zwei übrigen Fällen eine Achylia und Hypochylia pancreatica, Zustände, welche eine mangelhafte Umbildung der Nahrung und damit die Entstehung einer Atrophie veranlassen können.

Hecker.

E. Moro, Kuhmilchpräzipitin im Blute eines $4^1/_2$ Monate alten Atrophikers. (Aus der pädiatr. Klinik in Graz.) (Münch. med. Wochenschrift. 1906. Nr. 5.) Das Serum des Kindes enthielt spezifische Präzipitine gegen Kuhmilch. Dieselben waren hochwertig.

Die quantitative Probe zeigte Kuhmilcheiweiß noch in der Verdünnung von 1:80 deutlich an.

Kuhmilcheiweiß konnte im Blute nicht nachgewiesen werden. Vielleicht war keines vorhanden; vielleicht wurde es von den kreisenden Präzipitinen mit Beschlag belegt und so dem Nachweis entzogen.

Die Gegenwart intensiv wirksamer Präzipitine läßt den Schluß zu, daß größere Mengen von Kuhmilcheiweiß schon vor geraumer Zeit vom Darm aus in die Blutbahn übergetreten sein mußten. M. ist jedoch weit davon entfernt, aus diesem einen Fall weitgehende Schlüsse zu ziehen und sieht sich keinesfalls zur Annahme berechtigt, daß das im Blute kreisende Rindereiweiß die Atrophie verursacht oder ihr Fortschreiten wesentlich begünstigt hat.

Wahrscheinlich ist vielmehr, daß Atrophie und Durchgängigkeit der Darmwand für genuines Eiweiß als konkurrierende Folgeerscheinungen einer funktionellen Verdauungsstörung aufzufassen sind, oder daß eine exzessive Überfütterung seinerzeit den Übergang von unverändertem Eiweiß in die Blutbahn begünstigt hat. Vielleicht kommen beide Faktoren in Betracht. Grätzer.

Israel-Rosenthal (Däne), Über Malzsuppenernährung bei Säuglingen mit Magendarmkatarrh und Atrophie. (Nordisk Tidsskrift for Terapi. 1906. Bd. 4. Heft 3 u. 4.) Die Malzsuppe wurde ad modum Keller zubereitet, doch wurden nur 40 g Malzextrakt pro Liter angewandt, und anstatt Loefflunds Extrakt wurde ein dänisches Extrakt (Benzons Malzextrakt) angewandt, welches 56,2 % Maltose, 17,2 % Dextrin, 0,875 % Stickstoff und 0,6 % Milchsäure enthält. Die fertige Suppe enthielt ca. 17 ‰ Eiweiß, von welchem 6 ‰ Pflanzeneiweiß war, 12 ‰ Fett und 81 ‰ Kohlehydrate, von welchem 48 ‰ löslich (Milchzucker, Maltose, Dextrin), 33 ‰ Stärke waren. Der Rohkalorienwert der Suppe ist 515 pro Liter. Sieben Mahlzeiten wurden in 24 Stunden gegeben, jede Mahlzeit bestand am höchsten aus 200 ccm, gewöhnlich war sie viel kleiner, da es sich um jüngere Säuglinge handelte. Mehr als eine Woche wurde die Malzsuppeernährung bei 91 Kindern angewandt (46 im ersten, 31 im zweiten, 13 im dritten, eins im vierten Lebensvierteljahr). Die Indikation bildeten gewöhnlich subakute oder chronische Gastrointestinalkatarrhe mit oft bedeutender Atrophie; in sechs Fällen wurde die Suppe bei akutem Magendarmkatarrh mit gutem Erfolg benutzt, vielleicht weil sie eine kleinere Malzextraktmenge als die Kellersche enthält. Auch bei Säuglingen, die früher wegen Diarrhöe Amylacea ohne Erfolg bekommen hatten, war die Malzsuppenernährung von günstiger Wirkung. Eine Untersuchung seiner Fälle mit Rücksicht auf Milchdyspepsie im Sinne Czernys als ätiologischer Faktor hat der Verf. nicht angestellt. Die Säuglinge waren bei dem Anfang der Behandlung sehr elend, was aus den beigefügten Gewichtszahlen hervorgeht. Die Resultate müssen deshalb als gut betrachtet werden. 67 wurden geheilt bzw. gebessert, acht wurden nicht gebessert (zwei von diesen nahmen doch an Gewicht zu); 16, d. h. 17,6 %, starben (acht von diesen nahmen vorübergehend zu, bis die letale Komplikation eintraf). Der Gewichtszuwachs war sehr befriedigend. Die

Behandlung dauerte durchschnittlich 8—9 Wochen. Die Behandlung wirkt auf eine vorhandene Rachitis nicht ungünstig ein; vorhandene Albuminurien schwanden gewöhnlich. In einem Fall entstand während der Behandlung Barlowsche Krankheit (später hat der Verf. während dieser Ernährung zwei Fälle von Morb. Barlowi beobachtet). Die Todesursache war bei den 16 Patienten 3mal Tuberkulose, 5mal Bronchopneumonie, 2mal purulente Bronchitis, einmal Cystopyelonephritis, einmal interkurrenter akuter Darmkatarrh mit Nephritis (gewöhnlich traten sonst interkurrente akute Diarrhöen während der Behandlung nicht auf), einmal Tetanie, einmal Furunkulose und Pyämie (bei einem 12 Tage alten Kinde von dem Gewicht von 1150 g), einmal Hyperpyrexia, einmal Atelectasis und Emphysema pulm. Acht von den gestorbenen waren im ersten Vierteljahr. Unter den 46 Patienten im ersten Vierteljahr war die Behandlung von gutem Erfolg bei 39, ohne Erfolg bei zwei, während sechs starben, unter den übrigen 45 Patienten gelang die Behandlung bei 33, während zwei nicht gebessert wurden und zehn starben. Die Fäzes waren während der Behandlung homogen, hellbraun, sauer reagierend, ergaben gewöhnlich Jodreaktion. Die Analyse der Fäzes bei vier Patienten im Alter von 5 Wochen bis 3 Monaten zeigte doch, daß 90—95 % der Stärke verschwunden waren; die Azidität der Fäzes wurde 3mal bestimmt um zu erfahren, ob möglicherweise die Stärke im Darmkanal zu organischer Säure umgebildet wäre; es schien nicht der Fall gewesen zu sein. Der Verf. empfiehlt die Malzsuppe bei chronischen und subakuten Diarrhöen, Atrophien und auch bei akuten Diarrhöen bei Säuglingen, jedenfalls nach dem ersten Lebensmonat, als Übergangsernährung, wenn die Toleranz für Milch herabgesetzt ist. Wenn die Fäzes während der Behandlung zu dünnflüssig werden, empfiehlt er Zusatz von kleinen Mengen Eichelkakao; die verhältnismäßig geringe Malzextraktmenge macht in der Regel diesen Zusatz überflüssig. Die Malzsuppenernährung ist billig, in Dänemark kostet sie 15 Pfennig pro Liter.

Adolph H. Meyer (Kopenhagen).

E. Terrien (Paris), Tentatives et résultats d'alimentations par les bouillies maltosées et diastasées. (Revue mens. des malad. de l'enfance. Mars 1906.) Der Verf. hat eine größere Anzahl von magendarmkranken Kindern mit Malz- und Diastasesuppen, an Stelle der Milch ernährt und gute Resultate erzielt. Er hat gefunden, daß nur jene Suppen gut vertragen werden, in welchen das Amylum verflüssigt, aber nicht saccharifiziert ist, in letzterem Falle wird meist eine Verschlimmerung des Zustandes beobachtet. Die hauptsächlichsten Indikationen für diese Nahrung geben Dyspepsien und chronische Gastroenteritiden, Dyspepsien infolge von übermäßiger Milchnahrung, und Rekonvaleszenzen nach akuten Magendarmerkrankungen, bevor man wieder zur Milchnahrung zurückkehrt.

Jedweder akute, fieberhafte Zustand der erwähnten Krankheiten gibt hierdurch eine Kontraindikation für die Anwendung der in Rede stehenden Suppen ab. Ebenso auch die akuten Infektionen und bei Bestehen von Brechneigung. Endlich vertragen ganz junge Kinder, etwa unter 4 Monaten, nicht gut diese Ernährung, höchstens, wenn

man dieselben gemischt mit gleichen Teilen Milch und Zuckerwasser gibt. Auch wird empfohlen, zur Malz- und Diastasenahrung nicht plötzlich überzugehen, sondern dieselbe anfänglich in Verbindung mit Gemüsesuppen zu geben und allmählich dieselben durch erstere zu ersetzen. E. Toff (Braila).

A. Würtz, Über Buttermilch in der Behandlung des magendarmkranken Säuglings. (Aus der Säuglingsheilstätte zu Straßburg i. E.) (Medizin. Klinik. 1905. Nr. 54.) W. hat die Buttermilchkonserve der deutschen Milchwerke zu Zwingenberg seit 2 Jahren bei chronischen und akuten Fällen mit gutem Erfolg angewandt und führt Beispiele an. Als Indikationen für die Anwendung der Buttermilch gibt er an:

1. Alle Fälle von Verdauungsschwäche, wo die Verdauungsdrüsen von Anfang an mehr oder weniger inaktiv sind oder durch fremde bakterielle Schädigungen in ihren Funktionen gehindert sind.
2. Empfindlichkeit gegen Fett.
3. Empfindlichkeit gegen Eiweiß.

Das sind zwar nur Symptome, aber keine pathologisch-anatomische Indikationen. Nimmt man aber mit Selter die Verdauungskraft und die Verdauungsergebnisse des kranken Kindes den einzelnen Nährstoffen gegenüber, wie sie zu beurteilen uns die Fäzesuntersuchungen jederzeit gestatten, als Einteilungsprinzip für die Differenzierung der einzelnen Magendarmkatarrhe des Säuglings an, so stellt man sich auf eine gesicherte Basis, die zugleich die Richtschnur für das therapeutische Handeln angibt. Von diesem Standpunkt aus betrachtet bedeutet die Einführung der Buttermilch in die Behandlung der Magendarmstörungen des Säuglings eine Bereicherung unseres Könnens: gestattet sie uns doch Indikationen zu genügen, denen wir bisher mit Kohlehydraten und Fettmilchen allein nicht zu entsprechen vermochten. Grätzer.

Graanboom, Kondensierte und sterilisierte Buttermilch. (Ned. Tydschr. v. Geneesk. 1906. Bd. 1. S. 623.) G. berichtet über zwei Buttermilchkonserven, welche während langer Zeit von ihm erprobt sind.

Von dem einen, der kondensierten Buttermilch, fabriziert durch Nutritia in Zoetermeer (Holland), hatte er schon früher berichtet. Damals war das Präparat in dem Handel in Flaschen. In der letzten Zeit hat man statt dieser Büchsen gewählt, und seitdem ist das Präparat besser zum Transport geeignet und mehr haltbar, weil es sich besser sterilisieren läßt. Diese Konserve wird erhalten durch entrahmte Kuhmilch mittels Infektion mit Milchsäurebakterien bei einem bestimmten Säuregrad, Mehl und Rohrzucker werden zugefügt. Danach wird das Gemisch sterilisiert, in Vacuo kondensiert und in Büchsen gebracht. Diese enthalten etwa 400 ccm. Zur Berechnung eines Liters Buttermilchsuppe wird der Inhalt der Büchse gemischt mit 600 ccm Wasser. Die Suppe hat dann ein spezifisches Gewicht von 1,05, Reaktion: 100 ccm neutralsaures 5,90 ccm normal Natronlösung; feste Stoffe 13,65; Fett 0,89; Eiweiß 3,02; Asche 0,60;

Invert-Zucker + Rohrzucker 4,99; Milchzucker 2,71; Mehl 1 %. Kalorienwert 590.

Für jede Mahlzeit wird die gewünschte Menge Suppe (etwa 100—125 ccm im ersten Halbjahre; 200—250 ccm in den späteren Monaten) in die Saugflasche gebracht und diese auf Körpertemperatur erwärmt.

Ein zweites Präparat, ebenfalls in Holland bereitet, und zwar durch Boomsma in Berlikum, wird kontrolliert durch de Jager, dessen großes Verdienst für die Ernährung mit Buttermilch, allgemein anerkannt ist. Diese Buttermilchsuppe nach de Jager wird wie folgt erhalten. Kuhmilch (nicht entrahmt) wird infiziert mit Buttermilch, und solange gesauert, bis 100 ccm neutralisiert werden durch 9 ccm normal Natronlauge. Dann wird gebuttert, die Butter entfernt, die Buttermich gemischt mit Mehl und Rohrzucker (12 bzw. 25 g pro Liter), das Gemisch in Flaschen gebracht und diese sterilisiert bei 100° C.

Diese Buttermilchsuppe ist also für den Gebrauch ganz fertig, weil sie nicht mehr mit Wasser verdünnt zu werden braucht. Die Zusammensetzung ist: Eiweiß 3,36, Fett 1,09, Kohlehydrate 5 %. Kalorienwert pro Liter 590.

Die Erfolge, die G. erhielt, sowohl mit der kondensierten Buttermilch als auch mit der Buttermilch de Jager, sind vollkommen ähnlich denen, welche er in mehreren hundert Fällen mit frischer Buttermilch von ausgezeichnter Qualität schon früher bekommen hatte.

G. ist der Meinung, daß die Buttermilch indiziert sei in den folgenden Fällen: 1. Als Ernährung neben der Brust, da wo diese ungenügend. 2. Bei der essentiellen Atrophie des Säuglings, in den Fällen also wo die Atrophie nicht begleitet ist von Magendarmerscheinungen. 3. Bei chronischen Verdauungsstörungen, und zwar am besten wenn Obstructio alvi das Hauptsymptom ist, am wenigsten wo hartnäckiges Erbrechen besteht. 4. Bei der akuten Gastroenteritis, als erste Ernährung nach der Wasserdiätperiode. 5. Bei allgemeinen Erkrankungen, wie Rachitis, Anämie, Tuberkulose und ausgebreiteten Ekzemen.

Von demselben Fabrikant Boomsma wird auch eine sterilisierte, mehlfreie Buttermilchsuppe in den Handel gebracht, welche sich auch in einigen Fällen bewährt hat, wo, bei Kohlehydratinsuffizienz, Ernährung mit Buttermilchsuppe indiziert war.

Autoreferat.

Busch, Zur Behandlung der Verdauungstörungen des Säuglings. (Ned. Tydschr. v. Geneesk. 1906. Bd. 1. S. 396.) B. empfiehlt bei den schweren Verdauungsstörungen (akute Gastroenteritis) die folgende Behandlung:

Anfangs während 1 bzw. 2 Tage völlige Enthaltung jedwelcher Nahrung. Nur in Eis abgekühltes Teeinfus. Während dieser Zeit werden in regelmäßigen Intervallen 50 g einer lauwarmen physiologischen Kochsalzlösung als Klysma langsam injiziert. Diese Kochsalzlösungklystiere haben vor der Enteroklyse und Hypodermoklyse den großen Vorzug, daß sie bequem durch die Mutter selbst

ausgeführt werden können. Nach dieser Hungerperiode werden die Klystiere noch einige Tage angewendet, während man vorsichtig kleine Mengen Kufeke oder Buttermilch verabreicht, und sobald die Erscheinungen sich bedeutend gebessert haben, wird mit einem Gemisch von Milch und Mehlabkochung ernährt.

Graanboom (Amsterdam).

R. L. Braun (Wien), Hat Sanatogen Berechtigung auch bei funktionellen Nervenerkrankungen und im Säuglingsalter verwendet zu werden? (Deutsche Ärzte-Ztg. 1906. Heft 9.) B. gab an Neurasthenie, Hysterie, Angstvorstellungen usw. leidenden Erwachsenen, zumal solchen, welche auch Schwäche, Anämie, Abmagerung zeigten, Sanatogen, das schon theoretisch hier indiziert erschien; denn da z. B. Neurasthenie nach v. Krafft-Ebing gleichbedeutend mit „Ermüdung der Nervenelemente" ist und Sanatogen (glyzerinphosphorsaures Kaseinnatrium) ein Nervennährmittel ist, so mußte es die Asthenien des Nervensystems wirksam bekämpfen. Die praktischen Erfolge waren dementsprechend.

Interessant gestalteten sich die Fütterungsversuche mit Sanatogen bei Säuglingen. B. setzte anfangs da ein, wo die Mütter bereits ein Nährmehl (Kufeke, Nestle) ohne üble Nachwirkung gegeben hatten. Er ließ dasselbe aussetzen und nebst Milch einen Sanatogenbrei verabreichen, der aus $^1/_2$ Kaffeelöffel Sanatogen mit verdünnter Milch oder 100 g Wasser oder russischem Tee angemacht und mit Milchzucker gesüßt wurde, mit letzterem deshalb, weil der bloße Sanatogenbrei oft stopfte. Daraus ergab sich nun die Indikation, Sanatogen bei Durchfällen im Säuglingsalter anzuwenden, und zwar als wäßrigen Brei oder als Gersten- bzw. Reisschleim, mit Sanatogen versetzt und dann gelinde erwärmt. Als temporäre Beinahrung zur Brust- oder Kuhmilch und bei katarrhalischer Reizung des Intestinaltraktus tat Sanatogen ausgezeichnete Dienste. Anhaltende Durchfälle schwächen Kinder ja sehr, da mußte Sanatogen als Kraftnährmittel und Styptikum zugleich ja doch vortrefflich wirken. Freilich gibt es Fälle, wo Sanatogen nicht vertragen wird. B. gibt bei Durchfall erst Kalomel oder Aqua laxativa bzw. macht er eine gründliche Darmauswaschung und ordiniert dann Sanatogen. Die Menge des in Reisschleim gereichten Sanatogens richtet sich nach der Konstitution und Verdauungsfähigkeit des Säuglings und schwankt zwischen $^1/_2$ und 2 Kaffeelöffeln. Nach mehrtägigem Gebrauche setzt B. 2—3 Tage aus, um dann wieder das Nährmittel zu benutzen. Grätzer.

L. Fürst (Berlin), Zur Diätetik des gesunden und kranken Säuglings. (Fortschr. der Med. 1905. Nr. 36. Dezember.) F. schließt sich auf Grund eigener Beobachtungen dem günstigen Urteil über den Soxhletschen Nährzucker an. Er bedeutet für ihn einen großen Fortschritt in der Diätetik des Säuglingsalters. Er verwendet ihn in der von Brüning angegebenen Menge, zwei Teile einer 10 %igen Lösung auf ein Teil Milch. Ein großer Vorzug des Präparats ist seine Billigkeit (ca. 20 Pf. pro Tag). Uneingeschränkt günstig wirkt er bei einfacher Atrophie, Atrophie nach zehrenden Krankheiten, bei Normalkindern und bei Rekonvaleszenten von Darmkatarrhen. Während

krankhafter enteritischer Zustände ist allerdings Vorsicht geboten, falls die Katarrhe auf Gärungsvorgängen beruhen; man wird also in den ersten Tagen kleine Dosen des Nährzuckers ohne Milch, nur in Tee oder Schleim geben. Einzelne Kinder gibt es, die auf das Präparat in unverwünschter Weise reagieren; das sind aber Ausnahmen. Die leichte Stuhlretention, die im Gefolge des Nährzuckers auftritt, ist gerade bei bestehender Neigung zu Durchfällen sehr erwünscht. Sollte sie lästig werden, so genügt meist eine Kombination mit verbesserter Liebigsuppe, um normale Stühle herbeizuführen.

Kaufmann (Mannheim).

F. Goldstein (Berlin), Die Säuglingssterblichkeit in Preußen. (Therap. Monatshafte. September 1905.) G. hat den vom statistischen Bureau veröffentlichten „Rückblick auf die Entwicklung der preußischen Bevölkerung von 1875—1900“ genau mit Rücksicht auf einige Fragen der Säuglingssterblichkeit studiert und interessante Daten herausgefunden, die er — zum Teil in recht lehrreichen Tabellen — publiziert. Die Untersuchung ergab im wesentlichen, daß mit dem Städtischwerden der preußischen Bevölkerung die Geburtszahl abnimmt, daß damit eine Verminderung der Säuglingssterblichkeit verbunden ist, und daß hauptsächlich durch diese eine Verminderung der gesamten Sterblichkeit bewirkt wird, daß letztere bis 1900 noch schnellere Fortschritte gemacht hat als die Geburtsabnahme, und daß dadurch die natürliche Volksvermehrung gestiegen ist.

Grätzer.

Alfred Groth, Statistische Unterlagen zur Beurteilung der Säuglingssterblichkeit in München. (Zeitschr. f. Hyg. u. Inf. Bd. 51. Heft 2.) Verf. hat die Mitteilungen des Münchener statistischen Amtes aus den Jahren 1871—1903 benutzt. Die Säuglingssterblichkeit findet er abhängig zunächst von dem Altersverhältnis der Eltern (größere Altersunterschiede zwischen Vater und Mutter wirken ungünstig); ferner sind Kinder von Erst- oder Vielgebärenden weniger widerstandsfähig als solche von Mehrgebärenden; schlechte soziale Verhältnisse erhöhen die Sterblichkeit. Von größter Wichtigkeit ist jedoch die Frage: wird das Kind an der Brust genährt oder nicht? Um dafür nur ein Beispiel herauszugreifen, so waren von je 100 Kindern, die im 10.—12. Lebensmonate verstarben, 79,2 niemals gestillt; nur im ersten Lebensmonat gestillt (dann künstlich ernährt) 6,1; nur bis zum dritten Monate gestillt 7,5; nur bis zum sechsten Monat gestillt 4,1; 9 Monate lang gestillt 1,4; endlich 9 Monate gestillt, dann künstlich genährt 1,0; bis zu ihrem Tode stets an der Brust genährt 0,7.

Wider Erwarten wächst jedoch die Münchener Säuglingssterblichkeit nicht im Sommer; dies erklärt Verf. daraus, daß die in München eigentümlichen schroffen Witterungswechsel in den kälteren Jahreszeiten Säuglingen den Tod bringen und ferner, daß die Wärme an sich, soweit sie nicht indirekt Ernährungsstörungen verursacht, für lebensschwache Kinder günstig ist.

Th. Fricke (Göttingen).

Ecaterina Arbore (Bukarest). Einige Betrachtungen über die Ursachen der infantilen Sterblichkeit in der Hauptstadt

Rumäniens. (Revista stiintelor medicale. Januar 1906.) Die Sterblichkeit der Kinder in der Hauptstadt Rumäniens ist eine relativ große, da im Mittel im Laufe der letzten 11 Jahre auf je 100 Geburten 22,5 Todesfälle von Kindern im Alter bis zu einem Jahre entfielen. Unter 100 Todesfällen bei Kindern im Alter von unter einem Jahre sind 22—29 durch Erkrankungen der Atmungsorgane (meist Bronchopneumonie) verursacht, 17—28 durch angeborene Schwäche, 20—24 durch Gastroenteritis, 16—18 durch nervöse Erkrankungen (Eklampsia infantilis und Tetanus), 3—6 durch akute infektiöse Erkrankungen und 1—2 durch hereditäre Lues. Selbstverständlich sind auch diese, wie so viele andere statistische Zahlen, nur aproximativ, da manche Fälle, welche in der einen Rubrik verzeichnet sind, in eine andere gehören. So sind wahrscheinlich viele Todesfälle, welche auf angeborene Schwäche zurückgeführt werden, durch Tuberkulose und hereditäre Syphilis bewirkt. Andererseits dürften wieder viele Fälle von infantiler Eklampsie auf gastro-intestinalen Infektionen beruhen. Im allgemeinen kann gesagt werden, daß im Verhältnis zu anderen Großstädten die Anzahl der durch Magendarmerkrankungen bewirkten Todesfälle eine relativ geringe ist, was wohl darauf zurückzuführen ist, daß in der Bevölkerung die künstliche Ernährung noch wenig geübt wird und die Mütter ihre Kinder an der Brust ernähren. Die große Sterblichkeit der Kinder im frühen Alter hat in erster Reihe seine Ursache in den ungesunden, schlecht gelüfteten, überfüllten Wohnungen der Vorstadtbevölkerung und in der Scheu vor ärztlicher Hilfe und Spitalbehandlung.

E. Toff (Braila).

A. Szana, Staatliche Säuglingsfürsorge in Ungarn. (Münch. med. Wochenschrift. 1905. Nr. 44.) S., Direktor des staatlichen Kinderasyls in Temesvár hielt über dies Thema einen Vortrag in der 25. Jahresversammlung des deutschen Vereins für Armenpflege und Wohltätigkeit in Mannheim im September 1905. Am Schlusse des Vortrags resümiert S. denselben in folgende Sätze:

1. Die Aufnahme von Säuglingen in die öffentliche Fürsorge ist in dem ungarischen System der staatlichen Fürsorge mustergültig gelöst. In Ungarn übernimmt der Staat die Versorgung der der öffentlichen Fürsorge bedürftigen Säuglinge. Die Übernahme in die Versorgung erfolgt, sobald dies als notwendig erachtet wird. Eine genaue behördliche Prüfung der Bedürftigkeitsumstände erfolgt erst nach der Aufnahme des Säuglings.

2. Die Versorgung des Säuglings geschieht prinzipiell bei der Mutter und werden außerhäuslich erwerbstätigen Frauen Stillprämien gegeben.

3. Die Überwachung von Säuglingen in Außenpflege kann nur durch Körperwägungen geschehen und müssen diese Überwachungen von einem Arzte in der Zentrale individuell geleitet werden.

4. Die Erzeugung von Säuglingsmilch sei an eine Konzession gebunden und darf die Abgabe nur gegen ärztliche Anweisung erfolgen.

5. Die Prinzipien einer richtigen Statistik von Säuglingsschutzinstitutionen sind einheitlich festzustellen. Diese Statistik muß das

Aufnahmealter und die Dauer des Aufenthaltes berücksichtigen. Das Schicksal der aus der Beobachtung Scheidenden ist zu berücksichtigen.

6. Der gesetzliche Stillzwang und das Verbot der Saugflaschen mit langer Glasröhre ist in Erwägung zu ziehen. Grätzer.

W. Hempel (Dresden), Über die Gewinnung einwandfreier Milch für Säuglinge, Kinder und Kranke.

Manteufel, Statistische Erhebungen über die Bedeutung der sterilisierten Milch für die Bekämpfung der Säuglingssterblichkeit. (Aus dem hygien. Institut der Universität Halle.)

Zaubzer, Die Kuhmilch. (Münch. med. Wochenschrift. 1906. Nr. 7.) H. schildert die Maßnahmen, die auf dem Rittergut Ohorn für die Produktion von einwandfreier Milch getroffen worden sind. Dieselben sind, wie die Erfolge zeigen, zweckmäßig und nachahmungswert.

M. faßt die wichtigsten Ergebnisse seiner Erhebungen in folgenden Sätzen zusammen:

1. Die Zahl der mit sterilisierter Milch ernährten ist im Vergleich zu der Gesamtzahl der auf Tiermilchnahrung gesetzten Säuglinge bislang noch so unbedeutend, daß man ein abschließendes Urteil über die Brauchbarkeit des hier geübten Systems der Milchfürsorge zurzeit noch nicht fällen kann.

2. Der praktischen Handhabung der Milchabgabe haften noch Mängel an, deren Beseitigung eine baldige Besserung des Erfolges hervorrufen müßte.

3. Die Erfahrungen sprechen dafür, daß die dezentralisierte Milchabgabe, wie sie hierorts üblich ist, der Zentralisation, wie sie in Frankreich geübt wird, an Effekt nicht gleichwertig ist. Eine zentralisierte Organisation, die eine bessere Überwachung und Förderung des Milchkonsums zuläßt, dürfte die Leistungsfähigkeit der sterilisierten Milch im Kampfe gegen die Säuglingssterblichkeit bedeutend erhöhen.

Die amerikanischen Milchküchen und die Consultations-gouttes de lait in Frankreich zeigen auch in finanzieller Beziehung, wie man mit relativ geringem Kostenaufwand die Milchfürsorge zu einer wahren Säuglingsfürsorge gestalten kann.

Z. gibt ein genaues Bild von dem Soll und Haben der Kuhmilch für die Stadt München und deren Umgebung im Jahre 1904.

Grätzer.

E. Deutsch, Die Institute für Milchverteilung. (Gyermekvidelmi lap. 1906. Nr. 8.) D. zieht eine Paralelle zwischen den Ländern, Städten und Gesellschaftsklassen vom Standpunkte der Kindersterblichkeit, stellt unter andern Bayern im Gegensatz mit Norwegen und zeigt mit diesem Beispiel schlagend den verheerenden Einfluß der künstlichen Ernährung. Mit anderen Beispielen illustriert der Verf., in welch betrübender Weise der Aberglaube die unteren Volksschichten beherrscht. Man muß gegen diese Tatsache mit großer Energie auftreten. D. schildert in großen Zügen das Arbeitsprogramm der deutschen, französischen und österreichischen Kinderschutzvereinigungen, teilt einiges über den ersten internationalen

„Gouttes de lait“-Kongreß mit. Es werden nacheinander die Kinderhygiene popularisierende „École des mères“, die stillende Frauen mit Prämien und Naturalien unterstützenden „Consultations des nourrissons“, die qualitativ und quantitativ entsprechende Säuglingsnahrung verteilende „Gouttes de laits“, die mit obigen Anstalten in Verbindung stehenden Musterställe, die italienischen „Pii istituti dei rachitici“, die englischen Milchdepots, die „dispensaires des tuberculeux“ eingehend gewürdigt.

Autoreferat.

Arthur Schloßmann, Über die Fürsorge für kranke Säuglinge, unter besonderer Berücksichtigung des neuen Dresdener Säuglingsheims. (Archiv f. Kinderheilkunde. Bd. 43. Heft 1—4.) Mit 5 Kurven, 11 Abbildungen und 12 autotypierten Tafeln.[1])

Ehe der Reformator der Säuglingspflege sein Dresdener Säuglingsheim verläßt, um nach Düsseldorf überzusiedeln, entrollt er noch einmal ein anschauliches Bild von dem, was er geschaffen hat. Kaum eine Anstalt ist so vorbildlich geworden, keine trägt so den persönlichen Stempel ihres Schöpfers, wie dieses Säuglingsheim in der Wormserstraße. Wir können es nur mit Dank begrüßen, daß Schl. sich die Mühe genommen, den Betrieb in der Anstalt bis ins Kleinste zu schildern. Er gibt damit nicht nur für die Erbauer neuer Säuglingsanstalten einen unentbehrlichen Wegweiser, sondern er zeigt auch, was eine moderne Anstalt für Erhaltung des Säuglingslebens wirklich leisten kann. Der, wie gewohnt, klar und anziehend geschriebene Aufsatz ist ein wichtiges Aktenstück in der Geschichte der Pädiatrie. Spezieller Interessierte müssen auf das Original verwiesen werden; hier sei nur dem „Laien“ ein Abriß des reichen Inhalts gegeben.

Die aus städtischen und kommunalen Mitteln errichtete, gemeinnützige Anstalt dient einerseits der Verpflegung kranker Säuglinge, andererseits der Ammenvermittlung, dem Unterricht junger Damen in der Kinderpflege und vor allem auch dem Studium der normalen und pathologischen Vorgänge im Säuglingsorganismus. Die ganze Anlage und Raumeinteilung des Hauses wird an der Hand von Plänen dargelegt, der Modus der Rubrizierung, sowie des ganzen Verwaltungsmodus erörtert.

Neu ist die Verwendung elektrisch betriebener Wärmeschränke, welche jede Geruchsbelästigung und jede durch Gas bedingte Gefahr aufhebt. Die Couveusen haben an drei Seiten Glaswände, um möglichst viel Licht einzulassen. Die Indikation für Benutzung der Couveuse ist jetzt wesentlich eingeschränkt, insofern als nicht die Tatsache der Frühgeburt an sich, sondern dauernde Untertemperatur allein den Anlaß zur Couveusenbehandlung gibt. Möglichst bald wird das Kind wenigstens für Stunden in das Bett gebracht und hier mit Wärmeflaschen in der Regelung seiner Wärmebilanz unterstützt. Für einen Neubau empfiehlt er eine Modifikation der Escherischschen Wärmestube; in einen Glasgang münden ähnlich wie die Coupés in einem

[1]) Die Arbeit ist als Sonderabdruck bei F. Enke (Stuttgart) erschienen und kostet Mk. 4. Die Red.

D-Zug die einzelnen Kojen für je ein Kind. Jeder mit Glaswänden eingefaßte Einzelraum dient für das Bett eines Kindes und dessen Inventar.

Die Betten sind aus praktischen Gründen allmählich kleiner geworden (72:40 cm). Daneben werden kleine Körbe verwendet, die auf einem zusammenklappbaren Gestell aufgebaut sind. Über jeder Lagerstätte ist ein Bort angebracht, das für das Inventar des Kindes bestimmt ist. Nach Rommels Vorgang dient jedem Kinde seine eigene Badewanne.

Bemerkenswert ist die Kühlvorrichtung in der Milchküche; kalte Sole wird durch Rippenkörper durchgeführt mittels eines $^{1}/_{10}$ HP starken Motors, der die Sole in eine mit Eis und Viehsalz gefüllten Behälter und von hier in den Kühlkörper pumpt.

„Eine für kranke Säuglinge bestimmte Anstalt oder Abteilung ist heute für einen auf dem modernen Standpunkt unserer Wissenschaft stehenden Arzt undenkbar ohne Ammen" und „ohne Frauenmilch ist die Ernährung kranker Säuglinge mit Aussicht auf gute Erfolge nicht möglich. Aus diesem Grunde ging Schl.s Bestreben von vornherein dahin: kranke Säuglinge erhalten im allgemeinen prinzipiell Frauenmilch, wenn nicht ganz bestimmende Gründe vorliegen, im Einzelfalle eine Ausnahme zu machen. Diese Idee ist im Dresdener Säuglingsheim, und zwar zum ersten Male überhaupt praktisch durchgeführt worden. Die Schwierigkeit, gutes Ammenmaterial zu erhalten, verschwindet bei geeigneter Organisation. Der Ansicht Bunges von der zunehmenden physiologischen Unfähigkeit der Frauen zu stillen, tritt Schl. auf das Entschiedenste entgegen. Nach ihm ist das Nichtstillen in der überwältigenden Mehrzahl der Fälle nicht auf ein mangelndes Funktionieren der weiblichen Brust, sondern eher „auf einen Mangel bei denjenigen zurückzuführen, die für die Durchführung des Stillens zu sorgen haben: Hebammen und — man darf es nicht verschweigen — Ärzte." Von 208 Ammen lieferten 138 ohne weiteres mehr als 800 g Milch pro Tag, eine Menge, die für ein Kind der ersten Lebensmonate unter allen Umständen ausreichend ist. Während so 66 % aller aufgenommenen Ammen einschränkungslos wohl befähigt zum Stillen sind, findet sich auch unter den 70 Ammen, die es nicht auf 800 g pro Tag brachten, eine namhafte Anzahl, die auch dahin zu bringen gewesen wäre, wenn sie nicht vorzeitig das Haus verlassen hätten. Nur 3mal im ganzen blieb eine Amme mehr als 8 Tage im Hause und kam nicht auf 500 g Höchstmilchmenge in 24 Stunden. Neben dieser normalen Stillfähigkeit ist aber eine exzessive Leistungsfähigkeit der weiblichen Brustdrüsen gar nichts Seltenes. 10 % der Ammen gaben mehr als 2 Liter und über 4 % mehr als 3 Liter pro Tag. Im Durchschnitt wurde pro Amme im Tag 1184 g Milch geliefert. Auf jeden in der Anstalt befindlichen Säugling kam pro Tag 262 g Frauenmilch, auf jeden kranken Säugling durchschnittlich 303 g. Auf 3,07 kranke Säuglinge und auf 4,02 Säuglinge überhaupt kam eine Amme. Diese Zahlen stellt Schl. als Mindestforderung auf; denn die Höhe der Sterblichkeit kranker Säuglinge ist — alles übrige gleichgesetzt — umgekehrt proportional der Menge Frauenmilch, die zur

Verfügung steht. Die Bezahlung der Hausammen ist, solange ihr eigenes Kind in der Anstalt ist, 10 Mk. monatlich; wird das Kind in Pflege gegeben, dann bezahlt die Anstalt außerdem den Pflegesatz für dasselbe. Neben diesem Lohn erhält die Amme noch 3 Mk.-Prämien für eine bestimmte Gewichtszunahme des jeweilig gestillten Kindes, wobei die Höhe des zu erreichenden Gewichtes vom Arzte bestimmt wird. Schl.s Grundsätze für die Ammenkost sind ja bekannt. Die Ammen erhalten die gewöhnliche Kost des Personals. Die Ammenkleidung ist durch einige Illustrationen erläutert. Die „Bemerkungen, betreffend die Abgabe von Ammen durch das Säuglingsheim in Dresden“ haben Abdruck gefunden.

Schl. plädiert lebhaft für die Einführung einer Reichsammenordnung. Wer das Ammenkind seiner naturgemäßen Ernährung beraubt, hat auch die Pflicht, die anderweitige oder künstliche Ernährung des Kindes zu überwachen und die verantwortliche Fürsorge für dasselbe zu übernehmen. Die Reichsammenordnung müßte die Ammenvermittlung ordnen und dieselbe aus der Hand gewerbsmäßiger Dienstvermittlerinnen und in diejenige kommunal angelegter ärztlich überwachter Anstalten legen. Denn nur Beobachtung einer Anstalt, und zwar von Mutter und Kind, gibt die Gewähr, daß die zu empfehlende Amme auch wirklich empfehlenswert ist. Keine Person sollte vor Ablauf von 3 Monaten nach der letzten Entbindung eine Stelle als Amme annehmen dürfen. Dadurch ist das Kind geschützt und die fernere Laktationsfähigkeit der Mutter gesichert. Dem Schutz der Amme müßte die Bestimmung dienen, daß eine Amme immer nur für eine ganze Laktationsperiode ermietet werden dürfe; daß also nicht durch plötzliches Entlassen sie selbst und der pekuniäre Unterhalt ihres Kindes geschädigt würde.

Der Frage des Pflegepersonals wird eingehende Beachtung geschenkt. Je jünger die Pfleglinge, um so größer die Zahl der notwendigen Pflegerinnen. Bei Tage eine Pflegerin auf 4 Kinder, bei Nacht eine auf 8 Kinder. Die Qualität des Pflegepersonals muß höchsten Ansprüchen genügen. Nicht Kindermädchen werden erzogen, sondern junge Damen theoretisch und praktisch in Kinderpflege ausgebildet. Die Pflegerinnen arbeiten nach dem Grundsatz der exakten Asepsis, entsprechend dem Schl.schen Satz: jedes einzelne Kind ist an jeder Stelle seines Körpers als infektiös und als infizierbar zu betrachten. Das gründliche Waschen vor und nach der Berührung eines jeden Kindes ist eines der Grundgesetze des Hauses, dessen Nichtbeachtung die unabwendbare Entlassung zur Folge hat.

Therapeutisch interessiert die warme Empfehlung des Vasenolpuders und der Vasenolpaste. Der Schnuller ist verbannt — die Daumenlutscher werden einfach gefesselt. Großen Wert legt Schl. auf die Fütterungstechnik. Während der ganzen Zeit, wo das Kind trinkt, hat die Schwester die Flasche selbst zu halten.

Luft und Licht spielen in der Behandlung kranker Säuglinge eine große Rolle, weshalb von den Balkonen ausgiebigster Gebrauch gemacht wird, und zwar nicht nur im Sommer, sondern auch im

Winter. Besonders wirksam ist die Freiluftbehandlung für Atrophiker und chronische Erkrankungen der Atmungsorgane.

Die letzte Konsequenz der Freiluftbehandlung ist die Einrichtung des Waldheimes. In Dresdens Nähe, mitten im Walde, wurde eine Baracke zur Säuglingsstation eingerichtet. Die Kinder liegen den ganzen Tag im Freien, entweder in ihren Körben oder direkt auf dem Boden, zum Teil auch in den warmen Sand eingegraben. Die Erfolge dieses Waldheims sind überraschende. Von 47 verpflegten Kindern haben alle ausnahmslos beträchtlich zugenommen, und zwar die meisten mehr als 200 g, einige ganz exzessiv. Der Durchschnitt der Zunahme betrug pro Säugling 690 g (gegen 375 g in der Stadt). Aus den beigegebenen rechnerischen Darlegungen und den erzielten Resultaten ergibt sich:

Mit einer Verpfleggebühr von 2 Mk. pro Tag kann in einem Sommerbarackenlager (die unentgeltliche Stellung der Baracke und des Platzes vorausgesetzt) eine einwandfreie Verpflegung kranker Säuglinge in die Wege geleitet werden.

Die gesamten Kosten eines derartigen Betriebes sind auf dem von Schl. stets empfohlenen Wege (Gemeinnützigkeitsanstalten, nicht Wohltätigkeitsanstalten!) dadurch aufzubringen, daß die Bezahlung erfolgt nach den Vermögensverhältnissen der Eltern, daß Arm und Reich in vollkommen gleicher Weise verpflegt, aber verschieden zu den Kosten herangezogen werden.

Die Waldsommerstation bedeutet eine Entlastung für das eigentliche Säuglingshospital, in dem die chronischen Fälle und die Rekonvaleszenten den akut erkrankten Patienten nicht den Platz wegnehmen.

Die Freiluftbehandlung in Waldstationen ergibt therapeutische Erfolge, die alle bisher bei der Säuglingspflege beobachteten weit übertreffen.

Eine „Vision" des Verf.s, d. h. ein Überblick über die Art und Weise, wie sich in Zukunft alle einschlägigen Anstalten wie Mütterheime, Beratungsstellen, Säuglingsheime, Waldheime usw. gegenseitig ergänzen müßten, schließt die Arbeit, welche jedem Kollegen zur Lektüre empfohlen sei.

Hecker.

L. Moll, Zur Technik der Bierschen Hyperämie für die Behandlung der Mastitis nebst vorläufigen Bemerkungen über die Anwendung derselben zur Anregung der Milchsekretion. (Aus Prof. Epsteins Kinderklinik in der Landesfindelanstalt in Prag.) (Wiener klin. Wochenschrift. 1906. Nr. 17.) M. gibt eine Modifikation der Technik an, welche es ermöglicht, das kranke, schmerzhafte Organ unter gleichmäßigem und leichtem Zuge langsam in die Glocke zu ziehen, so daß bei geringeren Schmerzen eine stärkere und längere Hyperämie erzeugt werden kann. Aus dem Gedanken heraus, daß letztere auch die Drüsentätigkeit anregen muß, wurde bei milcharmen Ammen die Glocke 2—3mal täglich durch je eine Stunde an die Brust angesetzt; die ersten Versuche fielen auch zur Zufriedenheit aus.

Grätzer.

Engel, Untersuchungen über die anatomische Grundlage für die Leistungsfähigkeit der weiblichen Brustdrüse. (Verhandlungen der Gesellschaft für Kinderheilkunde. Meran 1905.) Es wurden eine Anzahl Brustdrüsen, und zwar vorwiegend von solchen Frauen untersucht, welche an den Folgen einer Geburt gestorben waren. Glatte Sagittalschnitte der gehärteten Drüsen wurden in Sudan III und Hämatoxylin gefärbt. Parenchym und Bindegewebe treten so deutlich differenziert hervor und das Verhältnis beider zueinander ist gut zu studieren. Das Resultat war: größte Verschiedenheit in bezug auf Ausdehnung und Ausbildung des sezernierenden Parenchyms ohne jeden Bezug auf Heimat, vorangegangenes Stillen usw. Es gibt eben bindegewebsreiche und parenchymarme, sowie parenchymreiche und bindegewebsarme Brüste. Erstere sind als die minderwertigen zu betrachten. Palpatorisch lassen sich beide Typen nur schwer unterscheiden und können daher leicht prognostische Irrtümer veranlassen.

Hecker.

Engel, Nahrungsfett und Milchfett. (Archiv f. Kinderheilk. Bd. 43. Heft 1—4.) Um den Übergang von Nahrungsfett in Milchfett zu studieren, fütterte E. an Ammen des Dresdener Säuglingsheims bestimmte Mengen von Sesamöl (mit hohem Jodbindungsvermögen) und bestimmte dann die Jodzahl des Ätherextrakts aus der Ammenmilch. Es ergab sich in Bestätigung älterer Versuche, daß wirklich Nahrungsfett übergeht. Ferner, daß auch sehr kleine Ölmengen Einfluß auf das Milchfett gewinnen. Der Übertritt des Fettes beginnt, gleichgültig bei welcher Dosierung, schon nach wenigen Stunden, langt schnell auf seinem Höhepunkt an und hört langsam wieder auf. Der Verlauf der zweiten Phase ist abhängig von dem Verhältnis der eingeführten Fettmenge zur Produktivität der Milchdrüsen. Bei hinreichend großem Milchstrom werden auch große Mengen Nahrungsfett im Laufe von Stunden völlig eliminiert, d. h. natürlich nur so weit, als sie überhaupt die Brustdrüsen passieren. Es erscheint merkwürdig, daß das Milchfett so konstante Werte aufweist, trotzdem das Nahrungsfett mit seiner ganzen wechselnden Beschaffenheit ständig Einfluß auf die Milch hat. E. zeigt aber, daß wenn man das Nahrungsfett bewußt ändert, d. h. wenn man alle Speisen mit einem bestimmten Nahrungsfette zubereiten läßt, dann sich auch das Milchfett prompt ändert. Innerhalb bestimmter Grenzen ist also eine bewußte dauernde Beeinflussung des Milchfettes möglich.

Hecker.

Engel, Über die Quellen des Milch- und Kolostralfettes und über die bei der Milchsekretion wirkenden Kräfte. (Archiv f. Kinderheilk. Bd. 43. Heft 1—4.) E. tritt hier wie schon in früheren Publikationen der Ansicht entgegen, wonach die Milch als verflüssigte Drüsensubstanz zu betrachten sei. Gegen diese von Voit und Virchow und neuerdings von Bunge vertretene Meinung spricht schon die Erwägung, daß dem rapiden degenerativen Untergang von Zellen ein Aufbau in gleichem Tempo entsprechen müsse. Welch ungeheure Aufgabe da an die Regenerationsfähigkeit des Organs gestellt würde, erhellt aus einer Berechnung Heydenheins:

Eine gute Milchkuh gibt täglich 25 kg Milch. Nimmt man ihren Gehalt an Eiweiß, Fett und Zucker nur zu 10 % an, so sind das p. d. 2,5 kg. Nun beträgt das Gewicht der Drüsen bestenfalls 4,8 kg mit 24,2 %, also 1,16 kg Trockensubstanz. Das hieße also, die Drüsen müßten sich im Laufe von 24 Stunden 2,09mal ergänzen. Ferner spricht dagegen das Fehlen von Mitosen in laktierenden Brüsten und weiterhin die von Rosenfeld nachgewiesene Tatsache, daß aus Eiweiß niemals Fett gebildet wird. Wahrscheinlich handelt es sich vielmehr um einen ähnlichen Prozeß wie bei der pathologischen Degeneration parenchymatöser Organe, nämlich um einen Import von Körperfett. Die Beziehungen zwischen Körperfett und Milchfett waren nun Gegenstand der Untersuchungen E.s, wobei er sich zur Identifizierung eines Fettes der Hüblschen Jodzahl bediente. Er untersuchte am Menschen z. B. das Milchfett einer Stillenden, bei welcher er gelegentlich der Operation einer Mastitis auch ein Stück vom Unterhautfettgewebe untersuchen konnte. In zweiter Linie in ähnlicher Weise bei verschiedenen Tieren Körper- und Milchfett. Es zeigte sich, daß das Milchfett vom Fett der Körperdepots zwar abhängig, aber nicht völlig mit ihm identisch ist. Das Jodbindungsvermögen des Körperfettes liegt ausnahmslos höher wie das des Milchfettes. Das Fett der Kuhmilch ist also kein Rindsfett, der Frauenmilch kein Menschenfett usw. Das Kolostralfett dagegen, das sich von dem Milchfett durch seine höhere Jodzahl auszeichnet, ist mit dem Fett des Körpers identisch. Warum in den ersten Tagen nur Körperfett nach der Brustdrüse transportiert wird und später auch noch Nahrungsfett dazu, liegt höchstwahrscheinlich in der gesteigerten funktionellen Inanspruchnahme der Drüsen begründet. Wenn man also Körperfett und Nahrungsfett als die Quelle des Milchfettes bezeichnen muß, so gilt das nur in dem Sinne, daß beide genannten Komponenten das Material bilden, aus denen der spezifische Bestandteil der Milch bei der Sekretion aufgebaut wird. Bezüglich der Kräfte, welche tätig sind, um den Transport reformierten Fettes in die Brustdrüse zu veranlassen, hat E. eine Theorie aufgestellt, deren Inhalt nicht zu kurzer Wiedergabe geeignet ist.

Hecker.

Eichelberg, Über das Kolostralfett des Menschen. (Arch. f. Kinderheilk. Bd. 43. Heft 1—4.) Ergänzung der Untersuchungen Engels über das Jodbindungsvermögen des Kolostralfettes und den kritischen Abfall der typischen Jodzahl bald nach dem Eintritt der Frauen in das Säuglingsheim, welcher Abfall mit der erhöhten Inanspruchnahme des Organs zusammenhängt.

Hecker.

Engel, Zur Methodik der Fettbestimmung in der Frauenmilch. (Archiv f. Kinderheilk. Bd. 43. Heft 1—4.) Kritik der Gregor-Freundschen und der Reyherschen Methoden und Angabe eines eigenen Modus zur möglichst ununterbrochenen Gewinnung von Ammenmilch während eines Gemelkes.

Hecker.

Edoardo Orefice, Klinisch-experimentelle Kritik der Behringschen Arbeit „Säuglingsmilch und Säuglingssterblichkeit“. V. Über das Verhalten des Heubazillus in mit

verschiedenen Mitteln behandelter Milch. (La Pediatria. März 1905.) Die Schule, der Verf., Assistent an der pädiatrischen Klinik in Padua, angehört, weist dem Heubazillus eine wichtige Rolle bei der Ätiologie der Kindercholera zu, ganz besonders aber einer Varietät desselben, die aus Heu im Stadium der unvollkommenen Trockenheit stammt. Aus den Versuchen des Verf.s, die mit drei verschiedenen Varietäten des Heubazillus vorgenommen wurden, ergibt sich, daß der Zusatz von Glyzerin und von Serum die Koagulation der mit Heubazillus beschickten Milch etwas verzögert, in größerem Maße ist das bei Zusatz von Formalin (1:5000) der Fall. Da diese Wirkung des Formalins in vorher gekochter Milch noch ausgesprochener eintritt, so schreibt Verf. das Resultat nicht einer Konservierung von Antikörpern, sondern einer antiseptischen Wirkung des Formalins zu. Richtig ist, daß gekochte mit Heubazillen beschickte Milch sich fast immer rascher verändert, als rohe. In der aseptisch aufgefangenen rohen Milch gelang es niemals, mit den angewandten Mitteln spezielle Antikörper für eine der drei Varietäten des Heubazillus nachzuweisen. F.

Carlo Plebs, VI. Mikroskopisches Verhalten der verschieden behandelten Kuhmilch. (La Pediatria. März 1905.) Verf. hat erstlich untersucht, wie sich die Fettkügelchen der Milch unter dem Mikroskop verhalten, je nachdem sie roh, gekocht, mit Formalin-Glyzerinzusatz oder mit Serumzusatz versehen ist, ferner wie sich die Fettkörperchen gegenüber Farbstoffen verhalten. Er kam zu dem Ergebnis, daß die Fettkügelchen sich am längsten und besten in formolisierter Milch konservieren, am schnellsten sich bei Serumzusatz verändern, daß sie in roher Milch sich besser halten als in gekochter. Im Serum geronnener Milch, besonders wenn sie mit Formolzusatz versehen ist, bleiben die Kügelchen unverändert, so daß es scheint, als ob sie an dem Koagulationsprozeß nicht teilnehmen. Mit Anilinfarben, Methylenblau und -grün färben sich die frischen Kügelchen nach kurzer Zeit rosa und behalten diese Farbe 5—6 Tage. In der Luft oder durch Wärme fixierte Milchpräparate nehmen schnell eine violette Färbung an, die sie unbegrenzte Zeit lang behalten, in diesen gefärbten Präparaten sieht man die Fettkörperchen transparent, jedoch ihre Ränder intensiver gefärbt, als das übrige Gesichtsfeld. F.

Francesco Peruzzi, VII. Studie über einige Modifikationen des Kasein in bezug auf die Gerinnung derselben. (La Pediatria. März 1905.) Aus den Versuchen des Verf.s geht hervor, daß jeder Zusatz zur Milch das Kaseingerinnsel verändert, ferner, daß in jeder Milch, sei sie rein oder mit Zusätzen versehen, das Koagulum an verschiedenen Tagen verschieden ist. Die Form des Koagulum hängt ab von der Art und Menge der angewandten Säure, von der seit dem Melken verflossenen Zeit und von der Provenienz der Milch. F.

Vitale Tedeschi, Klinisch-experimentelle Kritik der Behringschen Arbeit „Säuglingsmilch und Säuglingssterblichkeit". VIII. Folgerungen und Vorschläge. (La Pediatria.

Mai 1905.) Im Verlauf seiner durch die Behringsche Arbeit angeregten Studien kommt Verf. schließlich zu folgenden Schlußfolgerungen: Formol hat schon in einer Lösung von 1:10000 eine hemmende Wirkung auf die Vermehrung der Saphrophyten und vernichtet die Bact. coli nach einer Anzahl von Stunden. Formol und Glyzerin in bestimmten Proportionen konservieren einige aktive Fermente der Milch, besonders die Oxydase. Weder die Serumreaktion noch kulturelle Untersuchungen liefern den Beweis eines gewöhnlich vorhandenen spezifischen antibakteriellen Vermögens des Blutes gegenüber dem Bact. coli. Formol, Glyzerin und Rinderserum verändern die Form des Kaseingerinnsels, das man durch spontane oder künstliche Zersetzung des Blutes erhält. Formalisierte Milch in den Proportionen von 1:10000 kann ungestraft während einiger Wochen auch bei ganz jungen an Dyspepsie erkrankten Säuglingen gebraucht werden. Bei ihrer Anwendung konstatiert man fast stets eine Besserung des Allgemeinzustandes und der auf die Darmflora zu beziehenden Symptome. In Fällen von Intoleranz gegen sterilisierte oder auch nur gekochte Milch wirkt sowohl der Zusatz von 10 % formolisierten Rinderserums oder auch der Ersatz der gekochten Milch durch rohe formolisierte; der Allgemeinzustand bessert sich ebenso, wie die Beschaffenheit der Fäzes. F.

Enrico Gagnoni, Einfluß der Erwärmung im Wasserbad nach der Soxhletschen Methode auf die Verdaulichkeit der Proteinsubstanzen in der Kuhmilch. (Rivista di Clinica Pediatrica. August 1905.) Das Ergebnis der Untersuchungen läßt sich dahin zusammenfassen, daß das Soxhletsche Verfahren keinen ungünstigen Einfluß auf die in der Kuhmilch enthaltenen Proteinsubstanzen ausübt. F.

Max Einhorn, Eine neue Methode, die Funktionen des Verdauungsapparates zu prüfen. (Archiv f. Verdauungskrankheiten. Bd. 12. Nr. 1.) Schon vor 2 Jahren hat E. eine Methode zur Prüfung der motorischen Funktion des Digestionsapparates beschrieben. Er ließ Porzellankügelchen in einer Gelatinekapsel verschlucken und berechnete die Zeit, welche die Kügelchen brauchten, um mit dem Stuhl abzugehen.

Nunmehr armierte er die durchlochten Glasperlen mit einfachen festen Nahrungssubstanzen und sah nach, was nach Passieren des Verdauungskanal von denselben übrig blieb. Er bestimmte zunächst das Verhalten von Katgut, Fleisch, Sehnen, Hühnerhaut, rohe Kartoffel, Fischgräten und Hammelfett im Verdauungskanal des gesunden Menschen. Er fand dabei, daß Katgut und Fischgräte im Magen verdaut werden, während Muskel, Hühnerhaut, rohe Kartoffel nicht ganz verschwinden. Die Muskeln und Hühnerhaut verschwinden im Darm, während Sehnen unverändert bleiben. Rohe Kartoffeln verhalten sich schwankend, Kartoffelhaut passiert unverändert den Darm.

Rindsfett und Hammelfett werden im Darm verdaut, Fette mit hohem Schmelzpunkt z. B. Paraffin, Talg werden im Darm nicht resorbiert. Um festzustellen, wie diese Substanzen vom Magen an-

gegriffen werden, befestigte E. die armierten Perlen mittels einer langen Seidenschnur und zog sie eine bestimmte Zeit nach dem Verschlucken wieder heraus.

Dieselben Substanzen prüfte er nun auch auf ihr Verhalten bei pathologischen Zuständen des Magens und Darms. Zur Feststellung der Pankreastätigkeit führte er Thymus in den Perlen ein.

Die neue Methode mag für Fälle, in welchem die Anwendung des Magenschlauches nicht möglich ist, zur Diagnose der Sekretionsstörungen des Magens von Vorteil sein, ob sie auch hinsichtlich der Diagnose von Darmaffektionen praktisch brauchbar ist, werden erst ausgiebigere Untersuchungen zeigen. Hugo Starck.

Hagen, Über Atropin-Eumydrinwirkung bei Magendarmerkrankung. (Deutsches Archiv für klin. Medizin. Bd. 86. Heft 4 u. 5. S. 400.) Nachdem H. schon in früheren Arbeiten auf die darmerregenden Wirkungen des Atropins hingewiesen hatte, wurden die H.schen Angaben neuerdings durch das Tierexperiment von R. Magnus bestätigt. H. beschäftigt sich auch in vorliegender Arbeit mit der Wirkung des Atropins, die sich je nach der Dosierung verschieden verhält. Durch große Dosen wird die Darmwand gelähmt, kleine Dosen dagegen erregen die Darmbewegung und regulieren dieselbe zugleich, so daß z. B. Antiperistaltik in normale Peristaltik umgewandelt wird; endlich konnte noch eine dritte, sehr bemerkenswerte Wirkung konstatiert werden, die darin besteht, daß man mit minimalsten Atropindosen abnorme Kontraktionszustände des Magendarmkanals momentan beheben kann.

H. zieht dem Atropinsulfat das zuverlässigere salpetersaure Methylatropin oder Eumydrin vor, das in Einzeldosen von 1 mg lange Zeit schadlos genommen werden kann. Er wandte das Mittel in zahlreichen Fällen von Magendarmerkrankungen an und überzeugte sich von der heilsamen Wirkung, wo es galt, antiperistaltische Bewegungen in peristaltische umzuwandeln, krankhaft geschwächte oder rhythmisch gestörte in ihrem Tonus zu heben und ihren Gang zu regeln, krankhaft erregte zu beruhigen und zu normalen Verhältnissen zurückzuführen und gelähmte neu zu beleben.

Ganz besondere Erfolge verspricht sich H. für die Behandlung der Appendizitis und des Ileus. Hugo Starck.

L. F. Meyer, Über Pepsin-Salzsäure als Stomachicum beim Säugling. (Aus dem städt. Kinderasyl zu Berlin.) (Die Therapie der Gegenwart. Mai 1906.) M. stellt für drei Kategorien von Säuglingen die Indikation zur Verordnung von Pepsinsalzsäure auf.

1. Säuglinge, die ohne jede nachweisbare Störung der Organe ungenügend trinken.

2. Säuglinge, die an der Brust tranken, die beim Versuche zu ablaktieren, den Appetit verloren haben.

3. Säuglinge, die sich in der Rekonvaleszenz akuter Erkrankungen, wie Anginen, Bronchitiden, Pneumonien, Furunkulosen usw. befinden und längere Zeit ungenügende Nahrungsmengen aufnahmen.

In die erste Kategorie gehören:

a) Säuglinge, die von Anbeginn an der Brust trinken und mangelnden Appetit zeigen, Kinder, die mit dem Trinken an der Brust aufhören, obwohl diese noch reichlich gefüllt ist. Da ein organischer Mangel nicht nachweisbar, ist die Störung als nervöse aufzufassen. In diese Kategorie gehören auch Kinder mit „exsudativer Diathese“.

b) Von Geburt an künstlich genährte Säuglinge, die infolge einer Störung in der ersten Zeit ihres Lebens an die Brust gelegt wurden und nach Monaten noch mangelnden Appetit zeigen.

c) Künstlich genährte Säuglinge, bei denen mit Sicherheit ein organischer Grund für die Appetitlosigkeit auszuschließen ist. Hier ist große Vorsicht bei Verordnung des Appetitmittels geboten, denn oft stellt die Anorexie den Vorboten einer Ernährungsstörung dar, deren Eintreten dann durch Vermehrung der zugeführten Nahrungsmenge beschleunigt wird.

ad 2. Man begegnet außerordentlich häufig Kindern, die bei der geringsten Menge einer künstlichen Beinahrung sofort den vorher guten Appetit verlieren und abnehmen, so daß man gezwungen wird, wieder zur Brustnahrung zurückzukehren. Hier bewirkt oft Pepsin eine rasche Besserung der Anorexie.

ad 3) sind auch Fälle zu rechnen, wo man nach einer Störung in der Ernährung die Kinder an die Brust anlegen mußte, die nun oft wochenlang appetitlos sind; in diesen Fällen erlebt man freilich oft Mißerfolge.

Verordnet wurden entweder Pepsin allein in Form des Witteschen Pepsinpulvers (1 Messerspitze) oder Pepsinpulver gleichzeitig mit 2—4 Tropfen Acid. hydrochloric. dil. oder von der Grüblerschen Pepsinlösung (die bereits zu etwa 3 % Salzsäure mit enthält) allein 2—5 Tropfen, stets vor der Mahlzeit; letzteres Präparat empfiehlt sich schon der Einfachheit der Medikation wegen.

Grätzer.

I. Nanu-Muscal und **Theodor Mironescu** (Bukarest), Über die Einwirkung bitterer Substanzen auf die Ausscheidung der Salzsäure im menschlichen Magen. (România medicale. 1905. Nr. 20.) Der Einfluß der bitteren Tinkturen auf die Magensekretion hat Veranlassung zu zahlreichen Diskussionen gegeben. Namentlich, nachdem gezeigt worden war, daß dieselben die Sekretion des Magensaftes nicht direkt vermehren, wurden Stimmen laut, die Amara gänzlich aus der Zahl der Magenmedikamente auszuscheiden. Die Untersuchungen von Pawloff und seiner Schüler haben aber bewiesen, daß zwar die Amara nicht die Magensekretion unmittelbar vermehren, daß aber nach Eingabe derselben und Aufnahme von Nahrung der dann sezernierte Magensaft viel reichlicher ist, als ohne denselben. Die Verff. haben nun den Einfluß der bitteren Tinkturen und namentlich der Tinkt. chinae auf die Ausscheidung von Salzsäure im Magen untersucht und sind zu dem Schlusse gelangt, daß dieselben sowohl eine Vermehrung der freien, als auch der gesamten Salzsäure im Magensafte bewirken. Hierzu wurde den betreffenden an Hypopepsie leidenden Patienten vorerst ein Probefrühstück verabreicht und nach einer Stunde der Magensaft auf Salzsäure unter-

sucht. Am zweiten Tage wurden 20—30 Tropfen Tinct. chinae in etwas Wasser gegeben, dasselbe Frühstück verabreicht und eine Stunde später wieder der Mageninhalt untersucht. Man fand im letzeren Falle eine deutliche Vermehrung. Während z. B. bei der ersten Analyse die Menge der freien Salzsäure gleich Null war, fand man bei der zweiten Untersuchung 0,584 $^0/_{00}$, in zwei anderen Fällen 0,735 $^0/_{00}$, bzw. 0,522 $^0/_{00}$. Hierdurch ist also auf experimentellem Wege die Wirkung der Amara bei Dyspepsien mit Hypochlorhidrie erwiesen. Eine besondere Wichtigkeit hat die Untersuchung dieser Wirkung in Fällen von Magenkrebs, wo ein sekretionsbefördernder Einfluß mit Bezug auf die Salzsäure zu fehlen scheint, so daß dieser Umstand vielleicht als differentialdiagnostisches Moment für Magenkrebs verwendet werden könnte. E. Toff (Braila).

A. Hüssy, Weitere Beiträge zur Kenntnis der Azidosis im Kindesalter. (Zentralbl. f. Phys. u. Path. d. Stoffw. 1906. Heft 1 u. 2.) Bei drei gesunden und drei mit exsudativer Diathese behafteten Kindern im Alter von 5—9 Jahren stellte Verf. in der Breslauer Kinderklinik Untersuchungen an zur Beantwortung der Frage, ob zwischen gesunden Kindern und Kindern mit exsudativer Diathese in der Intensität der durch Kohlenhydratkarenz hervorgerufenen Azidose eine wesentliche Differenz besteht. Die Frage wurde durch die Versuche in negativem Sinne entschieden. Es ergab sich dabei, daß, entgegen den Feststellungen von Langstein und Meyer, stets durch die Lunge bedeutend weniger Azeton ausgeschieden wurde als durch den Urin. Auch der von den genannten Autoren aufgestellte Satz, daß die Gesamtazetonmenge, die das jüngere Kind bei Kohlenhydratkarenz ausscheidet, höher als bei Erwachsenen und älteren Kindern ist, kann nach den vorliegenden Versuchen nicht mehr ausnahmslos aufrechterhalten werden. Eine wesentliche Differenz in der Intensität der Einwirkung einer bestimmten Kohlenhydratmenge auf die durch Kohlenhydratkarenz hervorgerufenen Azidose zwischen gesunden Kindern und Kindern mit exsudativer Diathese ließ sich nicht mit Sicherheit nachweisen. — Jedenfalls stellen die Versuche ein materielles Substrat für die klinische Tatsache dar, daß einseitige Fetteiweißmästung, wie sie die sogenannte „kräftige Kost", aus Milch, Fleisch und Eiern bestehend bietet, nicht nur auf den Organismus junger, sondern auch älterer Kinder eine schädliche Wirkung ausübt. Kaufmann (Mannheim).

R. Hilgermann, Die Bakteriendurchlässigkeit der normalen Magendarmschleimhaut im Säuglingsalter. (Aus dem hygien. Institut der Universität zu Berlin.) (Archiv für Hygiene. 1905. Bd. 54. Heft 4.) H. fütterte zwei eintägige Kaninchen und ein gleichaltriges Meerschweinchen mit Milch, in der säurefeste Stäbchen (Blindschleichentuberkelbazillen, unbeweglich, und Petribazillen) suspendiert waren. Tötung und sofortige Sektion der Tiere nach $1^1/_2$ Stunden: Organe in 6 $^0/_0$ ige Formalinlösung bzw. Zenkersche Lösung, Serienschnitte, Färbung nach Ziehl-Neelsen. Bei den beiden Kaninchen waren Bazillen im Magen, besonders im Dünndarm, aber auch im Dickdarm (Proc. vermiformis!) den Zellen an-, wie ein-

gelagert; auch solche Bazillen, die halb im Darmlumen, halb in der Zelle liegen, konnte Verf. mikrophotographisch darstellen. Die Keime fanden sich auch in den übrigen Organen, besonders der Milz. — Beim Meerschweinchen wurde nur „vereinzeltes" und „mühsames" Eindringen beobachtet.

Der Übertritt der Keime erfolgt nicht allein an zufällig vorhandenen Läsionsstellen, denn er läßt sich nicht nur an einzelnen Punkten beobachten, sondern in der ganzen Länge des Darms; ebensowenig kann von einer durch Reizwirkung hervorgebrachten direkten Eintrittsmöglichkeit die Rede sein. Verf. schließt sich der Disse-Behringschen Auffassung an, der Übertritt (der übrigens der Tätigkeit der Zellen zuzuschreiben sei!) sei bei einem jungen Tiere möglich, da ihm noch die schützende Schleimschicht fehle.

Th. Fricke (Göttingen).

L. Moll, Beitrag zur Ernährungstherapie der mit Phosphaturie (Calcariurie) einhergehenden Neurosen im Kindesalter. (Aus Prof. Epsteins Kinderklinik in Prag.) (Prager med. Wochenschrift. 1905. Nr. 42.) M. berichtet über einen interessanten Fall und gibt folgende Epikrise darüber:

Ein 5 1/2 Jahr altes, bisher immer gesundes und gut entwickeltes Kind wird mit den Erscheinungen einer schweren Hysterie und den Zeichen schwerer chronischer Verdauungsstörungen (hauptsächlich Dickdarmkatarrh) und einer starken Absonderung von Kalkphosphaten im Harn aufgenommen. Allmählich verschlimmert sich sowohl der somatische Zustand als auch der psychische, führt zu einer vollständigen Alteration des Gemütszustandes des Kindes, die durch anhaltende, über 2 Monate dauernde Schlaflosigkeit verschlimmert wird, mit hysteroepileptischen Anfällen, innerer Unruhe, mürrischem Wesen, Verschlossensein verbunden ist und hochgradige Abmagerung mit allgemeiner Schwäche zur Folge hat (Abnahme von 2 1/2 kg innerhalb 2 1/2 Monate).

Die Änderung der Kost, bestehend in einer Vermeidung kalkreicher Nährmittel (vorzugsweise Milch und Eier) bringt in kurzer Zeit eine wesentliche Besserung sowohl des somatischen Zustandes (Zunahme von 2 kg innerhalb 1 1/2 Monate), als auch eine rasche und vorteilhafte Beeinflussung der Psyche des Kindes herbei. Das Kind ist frei von Anfällen, wird ruhig, schläft gut, ist in seinem ganzen Wesen verändert, findet an den seinem Alter entsprechenden Zerstreuungen Gefallen, ist nicht mehr verschlossen und fühlt sich in seiner Umgebung wohl. Keine Störung der Verdauung, normale, spontane Stuhlentleerung. Der Harn verliert die genannte pathologische Veränderung und nimmt normale Beschaffenheit an.

Das Kind wird nun auf gewöhnliche Diät, die auch mit Milch und Eiern zubereitete Speisen enthält, übergeführt, erkrankt aber bald wieder unter den alten nervösen und somatischen Beschwerden. Allgemeine innere Unruhe, Schlaflosigkeit, Schwermut, Abnahme des Körpergewichtes, eine durch Kalkphosphate getrübte Urinabsonderung beherrschen wieder das Krankheitsbild. Quantitative Harnuntersuchungen lehren, daß mit Steigerung der Krankheitssymptome ins-

besondere eine Zunahme des Kalkgehaltes und in geringerem Grade eine des Phosphors im Harne parallel geht. Diese Veränderungen vollziehen sich bei gleichbleibender Kost innerhalb zweier Wochen.

Eine neuerliche und durch das Rezidiv notwendig gewordene Änderung der Kost durch Ausschließung der kalkreichen Nährmittel führt bald abermalige und anhaltende Besserung herbei. — Es ergibt sich nun die Notwendigkeit, teils wegen allmählich entstandener Abneigung gegen die kalkarme Diät, teils wegen des schon durch längere Zeit bestehenden Gewichtsstillstandes und teils aus äußeren Gründen, das Kind an die gewöhnliche, Milch und Eier schwer entbehrende Kinderkost zu gewöhnen. Auf Grund oben angeführter theoretischer Erwägungen wird der Versuch des Überganges mit fetter Milch gemacht und auch glücklich durchgeführt. Das Kind verträgt diese Kost gut, nimmt an Gewicht zu, ist frei von nervösen und Verdauungsbeschwerden, der Harn behält normale Beschaffenheit.

Durch die experimentell-klinische Aus- und Einschaltung der kalkreichen Nährmittel hat also die Annahme einer Beeinflussung nicht nur des somatischen, sondern auch des psychischen Zustandes an Berechtigung und Beweiskraft gewonnen, so daß in allen derartigen Fällen oder auch vielleicht bei den gleichen mehr vorübergehenden Harnveränderungen, denen gewöhnlich psychische Alterationen voranzugehen pflegen, die Regelung der Diät im genannten Sinne (Tobler), i. e. Zufuhr von Fett, Fleisch, Zucker, Obst und Vermeidung kalkreicher Nährmittel, namentlich Milch und Eier, empfohlen werden kann. Der Übergang auf Milchkost ist mit fetter Milch zu versuchen.

Grätzer.

G. B. Allaria, Beitrag zum Studium der nervösen Komplikationen des Typhus im Kindesalter. (Gazz. degli osped. 1906. Nr. 3.) Im ersten Falle (6jähriges Kind) erschien in der vierten Woche bei fortdauerndem, hohem Fieber langsam eine rechtsseitige spastische Hemiparese, mit Betroffensein des Fazialis, Insuffizienz der Sphinkteren, nach 3 Tagen traten meningitische Symptome und nach weiteren 4 Tagen motorische Aphasie hinzu; die Symptome bildeten sich langsam zurück, und es blieb nun lange eine Steigerung der rechten Sehnenreflexe. Im zweiten Falle (ebenfalls 6jähriges Kind) traten sehr früh meningitische Reizsymptome auf; sie waren nach einer Lumbalpunktion bereits gebessert, die erschien am 21. Tage eine motorische Aphasie, nach weiteren 7 Tagen wurde das Kind von heftigen Krämpfen im rechten Arm ergriffen, mit nachfolgender Lähmung der Hand. Auch in diesem Falle war das einzige Überbleibsel die Reflexsteigerung. Der dritte Fall, Tod unter meningitischen Symptomen, bietet nichts Besonderes; im vierten Falle, einem 13jährigen Kinde, trat Ende der zweiten Woche eine typische Tetanie mit Urininsuffizienz hinzu.

Kaufmann (Mannheim).

A. Cavazzani, Frühblutung beim Abdominaltyphus. (Riv. crit. di Clin. Med. 1906. Nr. 6.) Darmblutungen sind beim Kindertyphus überhaupt viel seltener als beim Erwachsenen, und Frühblutungen wie hier am 10.—11. Tage gehören gewiß zu den großen Seltenheiten. Noch merkwürdiger ist die Ursache, die bei dem

8jährigen Kinde die Blutung herbeiführte. In den abgegangenen Koagulis (im ganzen gingen wohl 500 ccm Blut zu Verlust) fanden sich die Trümmer eines Kotsteines, der zusammengesetzt 4—5 cm lang, $^1/_2$ cm dick, in seiner Länge von einem Kanal durchsetzt war. Durch die scharfen Bruchkanten war wohl der kranke Darm verletzt worden und so die Blutung zustande gekommen. Kaufmann (Mannheim).

Fritz Meyer u. **Neumann,** Über hämorrhagische Diathese bei Typhus abdominalis. (Zeitschr. f. klin. Med. Bd. 59. Heft 1.) Aus den von den Verff. veröffentlichten Krankengeschichten ergibt sich, daß die hämorrhagische Diathese der Typhuskrankheit stets mit besonders schweren Infektionen vorgesellschaftet ist, deren Prognose äußerst zweifelhaft ist. Die bakterielle Ursache kann in einer reinen Infektion mit hochvirulenten Typhusbazillen bestehen, ohne daß andere ätiologische Faktoren mitbestimmend sind. Der Zeitpunkt des Auftretens der hämorrhagischen Erscheinungen ist zumeist der Beginn der dritten Krankheitswoche; zumeist sind Kinder für derartige Erscheinungen empfänglich, wenn auch das höhere Alter nicht davon verschont bleibt. Die Behandlung derartiger Krankheiten unterscheidet sich nicht von der sonstigen schwerer Typhen und muß symptomatisch-diätetisch geführt werden, verbunden mit regelmäßig wiederholten großen Kochsalzinfusionen. Freyhan (Berlin).

E. Cousin et **S. Costa,** La Réaction des urines au bleu de méthylène dans la fièvre typhoide. (La presse médicale. 1906. Nr. 21.) Bekanntlich hat Russo in einer unlängst veröffentlichten Arbeit (Riforma medica. 13. Mai 1906) eine Methode der Diagnostik des Abdominaltyphus und einiger anderer infektiöser Krankheiten angegeben, bestehend darin, daß man zu 4—5 ccm filtrierten Harnes einige Tropfen einer Methylenblaulösung 1:1000 hinzufügt. Während der ersten Krankheitsphase ist die Farbe hellgrün, wird smaragdgrün während der Akme, um dann allmählich zur ursprünglichen blauen Farbe des Reagens zurückzukehren. In den schweren Fällen verbleibt die smaragdgrüne Farbe bis zum Tode. Russo sprach die Ansicht aus, daß es sich bei dieser Reaktion um eine Einwirkung der durch den Harn ausgeschiedenen Toxine auf den Farbstoff handle. Die Verff. haben nun diese Methode an einer größeren Anzahl von Typhusfällen nachgeprüft und sind zur Überzeugung gelangt, daß es sich keineswegs um eine Toxineinwirkung handle, sondern daß die Grünfärbung auf die größere oder geringere Konzentration des Harnes beruhe. Man kann dieselbe auch darstellen, wenn man eine Eprouvette mit diluierter Farblösung vor einer solchen mit Harn hält, indem bekanntlich gelb und blau grün ergibt. Die Reaktion ist also darauf zurückzuführen, daß im Verlaufe von akuten fieberhaften Krankheiten der Harn spärlich gelassen wird und eine dunkelgelbe Farbe hat, wodurch auch die grüne Farbe zustande kommt. Mit fortschreitender Rekonvaleszenz und Aufhellung des Harnes tritt auch die ursprüngliche Blaufärbung wieder auf. E. Toff (Braila).

A. Chantemesse (Paris), Cinq ans de sérothérapie antityphique. (La presse mèdicale. 1906. Nr. 16.) Der Verf. gibt

eine Übersicht der in den letzten 5 Jahren in den Spitälern von Paris und in seiner Abteilung behandelten Typhusfälle und gelangt zum Schlusse, daß während die Mortalität der nach den üblichen Methoden behandelten Typhikern 17,3 % betrug, er nur eine Mortalität von 3,7 gehabt hat. Je früher der Fall in Behandlung tritt, um so rascher ist auch ein Abfall der Fieberkurve zu verzeichnen. Nach der Einspritzung beobachtet man zwei Perioden, die eine der Reaktion, welche 1—4 Tage dauert und während welcher Zeit die Milz und das lymphoide Gewebe hypertrophiert und die Zahl der Lymphozyten erheblich zunimmt. In der zweiten, auf die erwähnte oft plötzlich folgende Periode, fällt die Temperatur in oft kritischer, sonst aber in lytischer Weise ab, namentlich wenn der Fall schwer ist und das Serum spät angewendet wurde. In sehr schweren Fällen ist noch eine zweite Einspritzung mit der Hälfte der Dosis notwendig um Entfieberung zu erzielen. Eine weitere Folge der in Rede stehenden Einspritzungen ist das Ansteigen des Blutdruckes, das Verschwinden der Kopfschmerzen, eine Besserung des Allgemeinbefindens, der Diarrhöe und des Aussehens.

Das antityphische Serum von Ch. wird in minimalen Dosen, Teile eines Kubikzentimeters, eingespritzt; es ist antitoxisch, erhöht die bakterizide Kraft des Blutes und wirkt dadurch, daß es die natürliche Abwehr des Organismus gegenüber der typhösen Infektion erhöht. Es ist dies aus der Milzvergrößerung, die infolge der Serumeinspritzung sich entwickelt und mit Beginn der Entfieberung zurückgeht und aus dem Blutbefunde (Vermehrung der Polynuklearen, Wiederauftreten der eosinophilen und, einige Tage später, Vermehrung der großen mononuklearen Zellen) zu entnehmen. E. Toff (Braila).

Bruch (Tunis), Fièvre typhoide avec hypothermie remarcable au moment de la défervescence. (Arch. de méd. des enf. 1906. Nr. 3.) Es handelte sich um einen 7jährigen Knaben mit typischem, auch durch die Seroreaktion bestätigtem Abdominaltyphus. Am 21. Tage sank die Temperatur bis auf 34,1°, man machte eine Einspritzung von 250 g künstlichem Serum, Äthereinspritzungen und ein Senfbad, worauf die Temperatur auf 39,1° stieg. Am zweiten Tage früh wurden 35,9° gefunden, am folgenden Tage 34,2°, dann 38,6°. Endlich, 2 Tage später, sank die Temperatur auf 33°, die nach einem Senfbade wieder auf 38,6° anstieg. Der Verf. dachte an eine Malaria, welche sich durch Hypothermie auszeichnete und am Ende des Typhus aufgetreten war, weshalb drei Chinineinspritzungen gemacht wurden, die wieder die Temperaturkurve des Abdominaltyphus erscheinen ließen, nach einigen Tagen war der Zustand wieder ein normaler. Einen ähnlichen Fall mit Hypothermie beobachtete B. bei einem 32jährigen Manne, welcher in komatösem Zustande ins Krankenhaus gebracht wurde und bei welchem eine Rektaltemperatur von 34,5° gefunden wurde. Bei der Blutuntersuchung wurden Malariaplasmodien gefunden, am folgenden Tage trat Exitus ein. E. Toff (Braila).

N. Nestor, Ein Fall von Typhus bei einem 10 Monate alten Kinde. (Spitalul. 1906. Nr. 1.) Der Fall ist dadurch inter-

essant, daß Typhusfälle in so niedrigem Alter nur selten zur Beobachtung gelangen, vielleicht auch aus dem Grunde, daß die Diagnose nur schwer gestellt werden kann. Auch der betreffende Fall hatte nur Hitze, Husten und Dyspnoe dargeboten und zeigte mehrfache Herde von katarrhalischer Pneumonie. Die Tatsache, daß aus derselben Familie kurz vorher Fälle von Typhus in Krankenhausbehandlung gestanden waren, führte zur Untersuchung der Widalschen Agglutinationsprobe und es zeigte sich, daß dieselbe bei 1:50 und 1:100 nach 15 Minuten positiv ausfiel. Da das Kind starb, konnte die Nekropsie vorgenommen und auch durch dieselbe die Diagnose bestätigt werden, indem geschwellte und teilweise ulzerierte Peyersche Plaques, geschwellte Mesenterialdrüsen, vergrößerte Milz und lobuläre Pneumonie gefunden wurde. E. Toff (Braila).

A. Baronio, Eine ungewöhnliche Komplikation beim Typhus der Kinder. (Rivista di Clinica Pediatria. II. 1905.) Der bei einem 10jährigen Mädchen beobachtete Typhusfall war erstlich dadurch bemerkenswert durch den ganz brüsken Beginn der Krankheit, ferner durch zwei Komplikationen, nämlich Endokarditis und Hirnblutung, die den Tod herbeiführten. F.

G. v. Ritter, Über die Behandlung der diphtheritischen Larynxstenose mittels Intubation in der Privatpraxis. (Prager med. Wochenschrift. 1905. Nr. 52.) v. R. zeigt an neun Fällen, daß die Intubation auch in der Privatpraxis möglich ist. Dazu gehört aber außer einer vorangegangenen energischen antitoxischen Therapie und anderen Voraussetzungen vor allen Dingen die, daß der Arzt leicht und rasch zu erreichen ist (Nähe der Wohnung, Straßenbahn, Telefon usw.).

v. R. benutzt zur Intubation stets die Hartgummituben der Firma Ermold in Neuyork, welche infolge ihrer Bauart seltener ausgehustet werden. Bei allen Kindern wurde der zur Vornahme jeder Intubation vorschriftsmäßig durch ein Loch des Tubuskopfes eingefädelte Seidenfaden nach gelungener Intubation nicht entfernt, sondern zwischen zwei Zähnen des linken Oberkiefers hindurch auf die linke Wange herausgeleitet und daselbst mittels Heftpflasterstreifen fixiert, eine Maßregel, die für die Privatpraxis unumgänglich notwendig ist.

Grätzer.

III. Neue Bücher.

Die Mineralwässer und klimatischen Kurorte Rnmäniens. Von Dr. Al. Schaabner-Tuduri. 2. Auflage. Bukarest 1906. 646 S.

Ein bedeutendes und interessantes balneologisches Werk ist kürzlich in rumänischer Sprache unter obigem Titel erschienen. Der Verf., welcher sich seit Jahrzehnten mit dem Gegenstande beschäftigt, hat mit seltenem Fleiße und peinlicher Genauigkeit alles in balneologischer und klimatischer Hinsicht Wissenswerte zusammengestellt, vieles Unbekannte hervorgehoben, — selbst die detaillierte Anführung der Flora der wichtigeren Ortschaften nicht vergessen —, und hierdurch eine Lücke in der medizinischen Literatur und speziell in derjenigen Rumäniens, in gediegener Weise ausgefüllt.

Der Gegenstand ist in erschöpfender und leicht übersichtlicher Weise behandelt, so daß man nicht nur ein interessantes Lehrbuch, sondern auch ein bequemes Nachschlagewerk vor sich hat.

Es wäre nur zu wünschen, daß baldigst eine deutsche Übersetzung dieses Buches erscheinen möge, wodurch therapeutisch wichtige mineralische Quellen und klimatische Kurorte, an denen Rumänien so überaus reich ist, auch im entfernteren Auslande bekannt und geschätzt werden würden. Tatsächlich stehen, was chemische Zusammensetzung der Quellen oder Klima anbetrifft, viele Kurorte Rumäniens so manchen weltberühmten Badeorten ebenbürtig an der Seite oder übertreffen sie sogar in manchen Beziehungen.

Speziell für den Pädiater sind von Interesse: Tekir-Ghiol, ein ausgezeichnetes Solbad in der Nähe von Konstanza, 150 m weit vom Meeresstrande, welches in der Behandlung skrofulöser Erkrankungen, durch die Verbindung von maritimem Klima mit saliner Balneotherapie, wahre Wunder wirkt. Ferner wären zu erwähnen die Jodbäder Lakul-Sarat und Sarata-Monteoru, Kalimaneschti u. a., mit welchen namentlich bei Skrofulose und Syphilis hervorragende Erfolge erzielt werden können. E. Toff (Braila).

Dr. Alban Köhler. **Zur Röntgendiagnostik der kindlichen Lungentuberkulose.** Mit 3 Abbildungen im Text und 15 Illustrationen auf 3 Tafeln. Hamburg 1906. Preis Mk. 4.

Eine recht interessante und lesenswerte Schrift, welche einen bislang arg vernachlässigten Teil der Pädiatrie mit viel Geschick in Angriff nimmt. Verf. ist sich der Unvollkommenheiten seines Verfahrens wohl bewußt: vor allem fehlt ja der bazilläre wie auch der autoptische Nachweis wirklich bestehender Tuberkulose; er glaubt aber dennoch, und mit Recht, seinen Untersuchungen einen gewissen Wert beimessen zu dürfen. Nach allgemein klinisch-diagnostischen Vorbemerkungen wird die einschlägige Röntgenliteratur gewürdigt und dann der angewandten Technik breiter Raum gegeben. Nach K. verdient hierbei die Röntgenographie entschieden den Vorzug vor der Röntgenoskopie einmal wegen der größeren Genauigkeit und dann wegen der nicht zu vermeidenden Schädigungen des Auges durch lange wirkendes Fluoreszenzlicht

Zur Einarbeitung am darkbarsten sind Fälle, in denen bereits Verkalkungen der intrathorakalen Drüsen eingetreten sind, da hier durch die Dichtigkeit der Kalkmassen sehr auffällige Kontraste entstehen. Solche Personen, die nach hausärztlichem Bericht als Kinder zwischen dem 4. und 10. Lebensjahre sicher eine skrofulöse Erkrankung der Atmungsorgane überstanden hatten, zeigten mit verblüffender Deutlichkeit inmitten der hellsten Lungentransparenz runde erbsenbis haselnußgroße Gebilde von intensiver Schattentiefe ähnlich einem Projektil. Auffällig ist, daß solche Schatten häufig relativ fern vom Mittelschattenrand gelegen sind.

Das Verhalten nicht verkalkter, aber verkäster Drüsen entspricht ihrem anderwärts gefundenen relativ großen Gehalt an Kalk und Phosphorsäure. Sie geben also sicher einen dunkleren Schatten als einfach hypertrophische oder indurierte Drüsen.

Tuberkulöse, aber noch unverkäste Drüsen werden dann erkenntlich, wenn sie um mindestens das Doppelte vergrößert sind und ihr Schatten nicht mit anderen derberen Schatten der Nachbargebilde zusammenfällt, also mit größeren Bronchien und Blutgefäßen. An den Partien hellster Lungentransparenz, also vor allem in Mitte und basiswärts der Lungen treten vergrößerte Lymphdrüsen jeder Art bei tadellosen Röntgenphotogrammen erkennbar hervor, während sie nach der Thoraxmitte zu mehr und mehr durch den Schatten der größeren Gefäße und Bronchien verdeckt werden. Im Schirmbild konnten solche einfachen Drüsenvergrößerungen niemals sicher erkannt werden. Sie setzen ja auch der Perkussion die größten Schwierigkeiten entgegen.

Im allgemeinen ist die Ventralaufnahme dem Dorsalbilde vorzuziehen und soll in liegender Stellung gemacht werden. Bei großen Drüsentumoren kann man eine Aufnahme in schräger Durchleuchtung oder auch bei frontalem Strahlengang versuchen. Auf die Bemerkungen über die häufigsten Fehler bei der Diagnose der Spitzentuberkulose sei hier nur hingewiesen.

Die beigegebenen Photogramme sind ziemlich gut und übersichtlich, doch haben sie offenbar durch die Reproduktion schon mehr als wünschenswert gelitten. Hecker.

Ph. Biedert. **Das Kind, seine geistige und körperliche Pflege.** In fünf Lieferungen (à Mk. 1,60). Verlag von F. Enke in Stuttgart.

Im Verein mit einer Anzahl namhafter Kinderärzte gibt hier B. ein Werk heraus, welches in der Literatur über Kinderpflege einen ehrenvollen Platz zu beanspruchen das Recht hat. In den ersten drei uns vorliegenden Lieferungen finden wir folgende Einzelarbeiten: „Einleitung" von Prof. Biedert, „Pflege im 1. und 2. Lebensjahr" und „Ernährung im 1. und 2. Lebensjahr" von Dr. Gernsheim, „Pflege und Ernährung bei Verdauungskrankheiten im 1. und 2. Lebensjahr und einigen anderen Krankheiten dieser Zeit" von Dr. Reinach, „Angeborene Erkrankungen, die bei und unmittelbar nach der Geburt erheblich sind" von Dr. Cramer, „Angeborene Erkrankungen, die über die erste Zeit hinaus von Bedeutung sind" von Dr. Rey, „Beaufsichtigung der Kostkinder, Gemeindewaisenpflege" von Dr. Würtz, „Skrofulose, Tuberkulose, Rachitis usw. und Blutkrankheit des Kindes" von Prof. Siegert, „Anstalten für Kinder" von Dr. Rey, „Entwicklung, Ernährung, Pflege und Erziehung vom dritten Jahre ab" von Dr. Selter, „Die Pflege und Ernährung des kranken Kindes im allgemeinen, einschließlich Krankheitsverhütung" von Dr. Selter.

Alle die genannten Autoren behandeln ihr Thema in vortrefflicher Weise und geben Eltern und Erziehern einen ausgezeichneten Führer in die Hand, zumal gute Abbildungen dafür sorgen, daß manches direkt dem Auge des Lesers vorgeführt wird. Leider hält sich das Werk nicht überall auf den Grenzen, die einem populären Werke gesteckt sind. Was soll der Laie mit der genauen Beschreibung der Stuhluntersuchung (S. 80 ff.), was mit einer Schilderung der Schultzeschen Schwingung (S. 121)? Noch weniger gutzuheißen ist eine solche Grenzüberschreitung da, wo es sich um Krankheitsbehandlung handelt. Auf S. 96 finden wir direkt Rezepte (Boraxlösung, Protargol, Perhydrol, Kal. chloric.), was soll der Laie damit? Selbst ein Anästhesierezept erhält er. Auf S. 98 finden wir Brom, Chloral empfohlen, auf S. 100 Liq. ferri sesquichlorat., Tannin, Wismut, an anderer Stelle Jodkali usw. Alles dies gehört nicht in ein populäres Buch, und wir hoffen, daß bei einer Neuauflage die Autoren sich nach dieser Richtung hin äußerste Beschränkung auferlegen werden. Erst dann wird das — sonst ausgezeichnete — Werk Laien unbedenklich in die Hand gegeben werden können und seinen Zweck aufs beste erfüllen. Grätzer.

IV. Aus Vereinen und Versammlungen.

Gesellschaft für innere Medizin und Kinderheilkunde in Wien.

(Pädiatrische Sektion.)

Sitzung vom 15. März 1906.

Swoboda zeigt das Herz des in früherer Sitzung vorgestellten Kindes mit stenokardischen Anfällen (bei Stuhlentleerung). Die Sektion ergab Septumdefekt sowie Stenose der Art. pulmonalis.

Brandweiner stellt ein 4jähriges Kind mit **Xanthoma tuberosum** vor. Zerstreut am Körper finden sich verschieden große, ganz flache, wenig vorspringende Knötchen von strohgelblicher Farbe. Die sichere Diagnose kann erst nach histologischer Untersuchung gestellt werden. Die gelbe Farbe der Effloreszenzen rührt von Fetteinlagerung her. Die ganze Frage des Xanthoma ist noch strittig. Man unterscheidet drei Formen: das X. planum, tuberosum und diabeticum. Das X. planum tritt meist im späteren Alter auf und hat seine Lieblingslokalisation am oberen und unteren Augenlide. Das X. tuberosum ist über den ganzen Körper verbreitet. Das X. diabeticum wird bei Diabetikern beobachtet.

Preleitner zeigt ein hereditär nicht belastetes Kind (10 Jahre) mit Tuberkulose der Nasenschleimhaut. Die Erkrankung hat zur Zerstörung des knorpeligen Septums geführt. In den Umgebung der Geschwürsfläche sieht man gelbliche Knötchen. Das Kind zeigt überdies noch eine andere tuberkulose Affektion (Fungus des rechten Ellenbogengelenkes).

Escherich berichtet im Anschlusse an diesen Fall über den günstigen Erfolg der Tuberkulinbehandlung bei dem in einer früheren Sitzung vorgestellten Kinde mit Tuberkulose der Nasenschleimhaut. Nach der ersten Injektion zeigte sich intensive Lokalreaktion, nach zwei weiteren Injektionen war das Geschwür nahezu verschwunden.

Escherich zeigt ein 3 Wochen altes Kind mit durch konservative Behandlung geheiltem Nabelschnurbruch. Das Kind zeigte bei der Aufnahme (4 Tage alt) einen typischen hühnereigroßen, mit breiter Basis aufsitzenden Nabelschnurbruch. Darunter waren deutlich Darmschlingen sichtbar. Dieser Zustand ist prognostisch sehr ungünstig, da es schon vor Abstoßung der Nabelschnur zur Infektion des Peritoneums kommen kann.

Die Behandlung besteht darin, daß man alles gangränöse Gewebe möglichst entfernt und den ganzen Bruch einfach dick mit Dermatol überpudert. Diese Dermatolschicht wird durch fortgesetztes Wiederaufstreuen unverändert erhalten. Bei dieser Desinfektion durch Austrocknung heilt die Bauchwandwunde unter Granulationsbildung aus. Jetzt im Alter von 3 Wochen ist nur mehr eine nagelgliedgroße granulierende Fläche vorhanden.

Escherich erstattet weiter ein übersichtliches Referat über die Berliner Ausstellung für Säuglingspflege.

Hamburger hält einen Vortrag „**Über Perkussionsbefunde neben der Wirbelsäule bei Pleuritis.** Er bestätigt den Befund Rauchfuß', daß bei Pleuritis mit größeren Exsudaten auf der gesunden Seite neben der Wirbelsäule ein Dämpfungsdreieck nachweislich ist (die paravertebrale Dämpfungszone). Dazu fügt H. eine neue Beobachtung zu, dahingehend, daß von der Dämpfungsseite ausgehend bei starker Perkussion auf der kranken Seite eine Aufhellung des Perkussionsschalles erfolgt, welche Zone an die Wirbelsäule angrenzt. Diese Zone bezeichnet H. als paravertebrale Aufhellungszone.

H. geht in seinem Vortrage nicht auf die diagnostische Bedeutung dieses Phänomens ein, sondern berücksichtigt die Bedeutung dieses Befundes für die Theorie des Perkussionsschalles. Der Perkussionsschall ist die Summe zweier Faktoren. Er entsteht einerseits durch das Mitschwingen des darunter liegenden Gewebes (Skoda), andererseits durch das Mitschwingen des Thorax (letzteres als Platte gedacht).

Die paravertebrale Aufhellungszone ist bedingt durch das bei starker und mittelstarker Perkussion erzeugte Mitschwingen des Thorax auf der gesunden Seite. Als Beweis der Richtigkeit dieser Erklärung demonstriert H. an einem Kinde mit Pleuritis (Empyem), daß die paravertebrale Aufhellungszone sofort verschwindet, wenn man durch Auflegen der Hände auf die gesunde Thoraxhälfte das Mitschwingen der letzteren verhindert. B. Schick (Wien).

Vom internationalen Tuberkulosekongreß

in Paris vom 2.—7. Oktober 1905.

(Nach Münchener med. Wochenschrift.)

I. und II. Sektion: Medizinische und chirurgische Pathologie.

Untersuchungen über die Häufigkeit der primären Darmtuberkulose hat Dr. Ibsen (Kopenhagen) angestellt und gefunden, daß dieselbe sehr häufig sei, und zwar ebenso beim Kinde wie beim Erwachsenen.

Die Nachkommenschaft tuberkulöser Mütter. Dr. A. Cherrin folgert aus den in 8jähriger Beobachtung gesammelten Erfahrungen, daß die Kinder tuberkulöser Mütter häufig mit verschiedenen Mängeln behaftet sind: Häufig sei das Gewicht solcher Neugeborener geringer als normal, das Wachstum ein langsames und die Körperwärme herabgesetzt. Störungen im Verdauungskanal seien nicht selten, der Urin habe eine dunklere Färbung wegen des Gehalts an Indikan, Urobilin usw. Solche Sprößlinge sind für Infektion besonders empfänglich; bei ihrem schlechten Ernährungszustande ist der Wärmeverlust gesteigert, die Zellen befinden sich aus dieser Ursache und verschiedenen anderen in einem Zustande der Überanstrengung

Statistische Bemerkungen zur Heredität der Tuberkulösen. Dr. Pegurier (Nizza) ist auf Grund der Untersuchungen bei 350 Familien, deren Kinder tuberkulös wurden, zu folgenden Schlüssen gekommen: 1. Der Alkoholismus des Eltern ist von allen Familienmängeln, die Tuberkulose nicht ausgenommen, der schlimmste. 2. Bei 350 Familien mit Tuberkulösen war in nahezu der Hälfte Vater und Mutter von bemerkbaren Mängeln frei. 3. Es scheint kein Antagonismus zwischen arthritischer Veranlagung der Eltern und tuberkulöser der Kinder zu bestehen. 4. Die Familien, wo der Vater zugleich Alkoholiker und Tuberkulöser war, wiesen die größte Kinderzahl auf. 5. Die Familien, wo der Vater Alkoholiker war, hatten merklich mehr tuberkulöse Mädchen als Knaben. 6. Die Kinder von Alkoholikern wiesen eine weit größere Sterblichkeit auf als die Kinder von Eltern, die mit anderen Mängeln behaftet waren. 7. Der Alkoholismus der Eltern ist jene Veränderung, welche durch die größte Säuglingssterblichkeit gekennzeichnet.

Über intermittierende Albuminurien im Kindesalter vom Gesichtspunkte ihres Zusammenhangs mit tuberkulöser Heredität oder als Vorzeichen der Infektion. Prof. Teissier (Lyon): Alle Albuminurien im jugendlichen Alter haben ihre Ursache in einer erblichen Veranlagung. Bei 34 % der Albuminuriker habe er tuberkulöse Disposition durch Vererbung festgestellt. Die erbliche Veranlagung stamme entweder direkt von den Aszendenten, in gleicher Weise von Vater wie Mutter, oder von verwandtschaftlicher Seite. Seitenlinien.

Am häufigsten zeige sich diese Albuminurie verbunden mit tuberkulöser Infektion in der Pubertätsperiode zwischen 12. und 16. Lebensjahr, in einem Alter, wo bei jungen Mädchen häufig die ersten Zeichen einer sogen. angeborenen Mitralstenose in die Erscheinung treten. Die Albuminurie ist in diesen Fällen gewöhnlich eine intermittierende. Das Nierenepithel erscheint in seiner Funktion unbeschädigt; in einigen Fällen kann jedoch entzündliche Reizung der Niere bei den Kindern vorhanden sein, durch Aufnahme erblich übertragbaren Krankheitsgiftes.

Von den 34 % oben genannter Kranken sind sechs gestorben, und zwar an akuter oder sehr rasch verlaufender Lungenschwindsucht, nur bei einem Falle wurde Nierentuberkulose festgestellt; der Urin wurde in allen Fällen frei von Tuberkelbazillen gefunden.

T. nimmt eine doppelte Art der erblichen Tuberkulose an: 1. durch Übertragung des tuberkulösen Giftes allein, 2. durch Übertragung der Bazillen; letztere Art sei die weitaus seltenere.

In diagnostischer Beziehung müsse das Vorhandensein einer intermittierenden Albuminurie in Verbindung mit einer ausgesprochenen Magenerweiterung und Steigerung der Phosphatausscheidung, ohne Herabsetzung des arteriellen Druckes, bei einer tuberkulös erblich belasteten Person als sehr suspekt angesehen werden.

Die Nachkommen von Tuberkulösen: Hereditäre Disposition. Dr. George Ogilvie (London) führt aus, daß die Übertragung von Tuberkulose durch den Samen oder das Ei zweifelhaft, die Übertragung auf dem plazentaren Kreislaufe sehr selten sei. Es gebe aber gewisse anatomische und chemische Bedingungen, welche die Entwicklung der Krankheit begünstigen und diese schaffen, auf das Kind übertragen, die hereditäre Disposition. Es mag ja keine „spezifische“ Disposition geben, sicher aber gebe es eine hereditäre Diathese, welche einen günstigen Boden für die Ansteckung schaffe.

III. Sektion: Schutz und Fürsorge für das Kind.

Drüsentuberkulose beim Kinde. Dr. F. Pottica (Paris): Die Tuberkulose sei oft latent beim Kinde, sie komme außerordentlich häufig vor (40 %); es sei meist eine Drüsen-Lungentuberkulose. Die latente Lungentuberkulose nehme bis zum 6. Jahre zu; es gebe ein Höhestadium vom 2.—7. Lebensjahre. Die Drüsentuberkulose nimmt in ihrer Entwicklung ab bis zum 8. Jahre und erstreckt sich bis zum 15. und 16. Lebensjahre. Die stärkste Ausbreitung zeige die Drüsentuberkulose vom 2. Jahre ab. Die Abnahme derselben mit dem zunehmenden Alter läßt annehmen, daß jede Tuberkulose im Kindesalter Neigung zu Heilung habe.

Radioskopie. Dr. Roux (Cannes): Die Radioskopie sei zur Diagnose latenter Drüsen- und Lungentuberkulose beim Kinde notwendig, sie gebe die zuverlässigsten Resultate, allerdings sei starke Bestrahlung notwendig. Das Lungengewebe in der Umgebung der Drüsen sei sehr selten weniger durchgängig gefunden worden.

Desgleichen hebt Dr. Barret (Paris) den Nutzen der Radioskopie bei der

Diagnose versteckter Tuberkulose hervor; zu berücksichtigen sei dabei: 1. Hypertrophie der Drüsen; diese scheine sich in zwei Gruppen zu scheiden, je nach Aussehen und Lage des beobachteten Schattens: seitliche Herde entsprechen der gewöhnlichen Drüsen-, mittlere der eigentlich als Tracheo-Bronchialdrüsenschwellung bezeichneten. 2. Verdichtung des Lungengewebes, Schatten, durch Verdichtung der Pleura hervorgerufen; 3. Schrumpfung des Lungengewebes (Sklerose); 4. Zwerchfell, Rippen, Herz.

Tuberkelbazillen im Stuhlgang der Kinder. Dr. Cruchet: Da die Kinder nicht ausspucken, sondern den Auswurf meist verschlucken, habe die Untersuchung des Stuhlgangs der Kinder auf Tuberkelbazillen große diagnostische Bedeutung; die Durchführung dieser Untersuchung sei nicht besonders schwierig, namentlich wenn man die Methode von Strasburger benütze.

Der tuberkulöse Pneumothorax bei Kindern. Dr. Cruchet: Der tuberkulöse Pneumothorax sei die seltenste Form des Pneumothorax bei Kindern, welche bei diesen überhaupt nur ausnahmsweise beobachtet werde. Die Ursache desselben sei zumeist tuberkulöse Bronchopneumonie; es trete in der Regel an der Basis der linken Lunge auf; die Diagnose sei manchmal schwierig, die Prognose im allgemeinen ungünstig.

Nase und Rachen als Eintrittspforte der Tuberkulose. Dr. Roulaz: Die Entstehung der Tuberkulose sei meist eine nasopharyngeale. Die Entwicklung der Lungentuberkulose mache drei Etappen durch: 1. Etappe im Nasenrachenraum, 2. in der Halsdrüse, 3. in den Lungenspitzen. Dieser Weg erkläre am besten die Lokalisation der Tuberkulose in den Lungenspitzen. Es dürfen mit Rücksicht darauf irgendwelche gewöhnliche Affektionen im Nasenrachenraum nie vernachlässigt werden, wie es gar oft geschieht, weil sie den Eintritt der Tuberkulosekeime begünstigen.

Urinausscheidung bei tuberkulösen Kindern. Dr. Barbier und Dr. Brisart fanden im Anfangsstadium der Tuberkulose der Kinder bei bestimmter Ernährung und Ruhekur 1. eine Steigerung der Harnmenge sowohl im ganzen als auch in bezug auf 1 kg des Körpergewichts, 2. eine Vermehrung der Ausscheidung von Stickstoff und Phosphorsäure bis zum doppelten des Normalen, 3. Wechsel in der Ausscheidung bei denselben Kranken je nach der Reaktion auf die tuberkulöse Infektion.

Behandlung tuberkulöser Kinder an der Meeresküste. Dr. Leroux berichtet über 1196 behandelte Fälle innerhalb 10 Jahren. Resultate im allgemeinen günstig, sie wären bei strengerer Aussonderung der Fälle jedenfalls noch besser. Knochentuberkulose heile bei gutem Allgemeinzustand, wenn nicht Zufälligkeiten durch Septikämie oder allgemeine Tuberkulose auftreten. Drüsenperitonealtuberkulose, Lupus usw. heilen sehr oft, Lungentuberkulose verschlimmere sich. Die Behandlung der Tuberkulose bei Kindern ist immer langwierig und kostspielig. Meeressanatorien eignen sich hauptsächlich als prophylaktisches Hilfsmittel für lymphatische Konstitutionen, für Bedrohte oder hereditär tuberkulös Belastete.

Höhenkur bei Lungentuberkulose der Kinder. Dr. Casaux (Paris): Die Heilmittel, welche sich gegen den Bazillus selbst richteten, hatten versagt, während jene, welche die Kräftigung des Organismus erstreben, die besten Resultate erzielen. Zu letzteren Mitteln zählen wir auch die Präventivkuren, denen zum mindesten dieselbe Bedeutung zukomme wie der Behandlung an der Meeresküste, und zwar 1. Hochalpe bei einer gewissen Zahl von Kindern mit sehr atonischer und lymphatischer Konstitution, 2. subalpines Klima in Verbindung mit Mineralwasserbehandlung bei der Mehrzahl der bedrohten Kinder.

Hierzu eignen sich verschiedene Täler der Schweiz, Österreichs, Spaniens und Italiens; in Frankreich seien am bevorzugtesten die Gebirge von Savoyen, der Jura, die Vogesen, Auvergne und die Pyrenäen.

Lungenkaverne bei einem Säugling. Dr. Lortal-Jacob und Dr. Vitry (Paris) berichten über den äußerst seltenen Fall einer Lungenkaverne bei einem Säugling; dieselbe hatte ihren Sitz am hinteren Rand der rechten Lunge in der Höhe einer Lymphdrüse, welche den N. pneumogastricus dieser Seite komprimierte; der Nerv war mit embryonalen Wucherungen umschlossen; außerdem bestand parenchymatöse Nephritis.

Die Abnahme der Tuberkulosesterblichkeit bei den Kindern in Paris. Dr. Armaingaud*(Paris) hat festgestellt, daß während der letzten Jahre die Tuberkulosesterblichkeit bei den Kindern im Alter von 1—4 Jahren sich 3mal mehr ver-

mindert hat als bei der Gesamtbevölkerung von Paris (16 % gegen 5 %). Die Ursache hiervon sei nicht in den allgemeinen hygienischen Maßnahmen zu suchen, wie bei der Abnahme der Tuberkulose der Erwachsenen, sondern wahrscheinlich in den Maßregeln, welche gegen die Tuberkulose selbst ergriffen wurden, wie Untersuchung und Überwachung tuberkulöser Kühe und Milchkontrolle, Pasteurisierung und Kochen der Kindermilch in den Familien.

Die Behandlung der tuberkulösen Peritonitis am Meere. Dr. Calot (Berck-sur-mer): In Berck-sur-mer wurden innerhalb 15 Jahren 26 Fälle von tuberkulöser Peritonitis bei Personen von 2—22 Jahren behandelt, von welchen alle mit Ausnahme eines einzigen geheilt wurden. Die Behandlung war eine sehr einfache und in allen Punkten jener der serösen Gelenke vergleichbar. Freiluft an flacher Meeresküste, Ruhe, Immobilisierung und Kompression des Bauches mit einem Gipsverband, als wenn es sich um einen Tumor albus handeln würde.

Freiluftbehandlung der Tuberkulösen. Dr. Brunon berichtet über die Freiluftbehandlung der Kinder im allgemeinen Krankenhaus zu Rouen; sie findet statt auf zwei im Garten errichteten Holzgalerien (mit dem Aufwand von 4000 Fr. hergestellt). Die Kinder gebrauchen dort Sommer und Winter während des Tages die Kur, nachts kommen sie in gemeinsame Säle, deren Fenster niemals geschlossen werden.

Die Kinder bekommen besondere Ernährung und warme Kleidung. Die Hausordnung dringt hauptsächlich auf Reinlichkeit und aseptisches bzw. antiseptisches Verhalten.

Zur Behandlung stehen zwei Gruppen von Kindern, einmal Rekonvaleszenten von infektiösen Krankheiten, namentlich solcher der Atmungsorgane und solcher mit wirklicher Tuberkulose.

Die Resultate sind günstige.

Atmungsgymnastik. Dr. Rosenthal: Der Tuberkulose gehe eine Periode funktioneller Störungen oder Insuffizienz der Atmung voraus, charakterisiert durch Anomalien des physiologischen Atmungsmechanismus und Verminderung der Thorax- und Zwerchfellsexkursion. In diesem Stadium entwickeln sich auch Störungen in der Lungenspitze; anfänglich einfache Kongestion, später Entwicklung grauer Granula. Zu dieser Zeit vernimmt man nur eine geringe Modifikation des vesikulären Atmungsgeräusches (linke Spitze).

Die schwedische Gymnastik sei von dem Momente unangezeigt, wo tuberkulöse Herde in den Lungen sich bilden: dagegen können allmählich fortschreitende Atmungsübungen, nach dem Ergebnisse der Auskultation geregelt, verbunden mit der klassischen Behandlung der Tuberkulose, in einigen Monaten die beginnende Abmagerung beseitigen und die physikalischen Veränderungen zur Rückbildung bringen.

Einfluß der Ernährung mit rohem Fleisch bei der Tuberkulose der Kinder. Dr. Josias und Roux rühmen den außerordentlich günstigen Einfluß des Genusses von Fleichsaft aus rohem Fleisch bei Kindern mit chronischer Tuberkulose, besonders zeige sich Zunahme des Gewichtes, um 1/20 während des ersten Behandlungsmonates, ferner wesentliche Besserung des Zustandes und auch Heilung.

Die Behandlungsdauer sei 6 Monate beim ersten Grade der Tuberkulose, 15 Monate beim zweiten Grad, mehr beim dritten Grad.

Schutz des Kindes vor der Tuberkulose in der Familie. Dr. Marfan: Die Kinder seien am meisten der Tuberkulose ausgesetzt im 1.—6. Lebensjahr; in diesem Alter erfolge die Ansteckung entweder in der Familie oder durch Verkehr mit sonstigen Kranken und gelegentlich auch bei Spaziergängen oder durch Genuß von Milch, die von tuberkulösen Tieren stammt. Gegen letztere Infektionsart ist Abkochen der Milch (Erhitzen bis über 85° C. 5—6 Minuten lang) notwendig, sonst sind Kinder davon abzuhalten, auf unreinem Boden, namentlich in Wohnungen von Tuberkulösen zu spielen, die Finger in Mund oder Nasen zu führen, Nägel zu beißen usw. und möglichst an Reinlichkeit zu gewöhnen, bzw. stets reinzuwaschen, namentlich vor den Mahlzeiten. Wohnungen, in welcher ein Tuberkulöser war, sollen niemals bezogen werden, ehe sie nicht gehörig desinfiziert oder wenigstens einen Monat lang unbewohnt dem Sonnenlicht ausgesetzt waren. Die nähere Berührung der Kinder mit Tuberkulösen ist zu verhindern.

Prophylaktisch soll dahin gewirkt werden, daß durch Beschränkung oder Verhinderung Tuberkulöser oder Alkoholiker die Zahl der disponierten Kinder vermindert werde.

Disponierte Kinder seien möglichst zu kräftigen (Brustnahrung, Aufenthalt in frischer Luft, auf dem Lande).

Etwaige Mandelhypertrophien und adenoide Wucherungen seien zu behandeln (wenn nötig auch operativ).

Zeigt sich in der Pubertätszeit schmaler Thorax, so seien zweckmäßige Atemübungen bei kräftiger Ernährung und Landaufenthalt angezeigt.

Für minderbemittelte Klassen sei soziale Fürsorge nötig: Ferienkolonien, Volkssanatorien, Arbeitergärten usw.

Bei engen, schlechten Wohnungen von Arbeiterfamilien könne das Kind gegen Ansteckung vor einer etwa dort vorhandenen Tuberkulose wohl nur dadurch gesichert werden, daß es der Familie genommen wird; diesen Zweck verfolge „L'oeuvre de préservation de l'enfance contre la tuberculose", erst jüngst von Gaucher gegründet, eine Vereinigung, welche so gefährdete Kinder bei gesunden Familien möglichst auf dem Lande unterbringe.

Das Korreferat zu diesen Ausführungen war von Prof. Heubner (Berlin) geliefert. Derselbe berührt darin die nötige Vorsicht bei Familiengründung, die erste Ernährung der Kinder tuberkulöser Mütter durch gesunde Ammen oder künstliche Ernährung, weil das Stillen die kranke Mutter schädigt und das Kind gefährdet, besondere Aufmerksamkeit sei der Wohnungshygiene zu widmen, um spätere Infektionen der Kinder zu verhüten, das gleiche gelte von der Schule, sowie von der Beschäftigung der Kinder in der Schule und zu Hause (Überanstrengung), sowie von der Berufswahl (statt Landflucht sei Stadtflucht angezeigt).

Schutz des Kindes in der Schule. Dr. Méry: Bei Bekämpfung der Tuberkulose in der Schule müsse man die offene ansteckende Tuberkulose von der latenten, geschlossenen, die häufiger ist, unterscheiden.

Die Ansteckung könne unmittelbar durch Kranke (Lehrer, Mitschüler) erfolgen oder dadurch, daß das Lokal durch Aufenthalt von Tuberkulösen (z. B. Versammlungen in Schulzimmern) infiziert wird.

Verhütungsmaßnahmen seien: 1. Lüftung, Desinfektion, Verbot des trockenen Kehrens und des Kehrens durch Schüler, Verbot von Versammlungen in Schulzimmern, Spuckverbot usw. 2. Ausschluß kranker, ansteckungsfähiger Lehrer und Schüler.

Unterweisung von Lehrern und Schülern über Wesen und Bekämpfung der Tuberkulose.

Für Schüler, die an leichter, geschlossener Tuberkulose leiden, sei Überernährung, Abgabe von Fleischpulver, Lebertran und Vornahme von Atemübungen mit derselben angezeigt; für mittelschwere und schwere Fälle sei Landaufenthalt notwendig; der kurz dauernde Aufenthalt in der Ferienkolonie ist für solche Kinder ungenügend.

Dr. Ganghofer (Prag) hält vor allem Maßnahmen gegen die Krankheitsanlage für notwendig. Es seien deshalb zu bekämpfen: Luftverderbnis in den Schulen durch Überfüllung derselben, ungenügende Ventilation, Staubentwicklung, fehlerhafte Beheizung, unzweckmäßiger Lehrplan und ungenügende Pflege des Körpers. Die Fernhaltung von Kindern mit offener Tuberkulose sei erschwert, weil man keine Sonderschulen für diese habe, Eingreifen des Schularztes sei hier angezeigt. Lehrer mit offener Tuberkulose der Luftwege sollen vom Schulunterricht ferngehalten werden. Zu Tuberkulose disponierte junge Leute sollten vom Lehrerberufe ferngehalten werden. Für erkrankte Lehrer sollte durch ausgiebige Beurlaubung bei Fortgewähr des Gehaltes gesorgt werden.

Thalassotherapie — Thalassoprophylaxe (Meeressanatorien). Dr. Armaingaud: In Frankreich bestehen zurzeit 15 das ganze Jahr hindurch offene Sanatorien am Meere zur Behandlung skrofulöser, rachitischer und lymphatischer Kinder, sowie zur Präventivbehandlung gegen Tuberkulose. Seit 1887 seien 60000 Kinder behandelt worden, bei einer Behandlungsdauer von 3 Monaten bis zu 3 Jahren mit 59% Heilung und 25% namhafter Besserung.

Dr. D'Espine berichtet ebenfalls über die günstige Wirkung dieser Sanatorien, da die Seeluft das ausschlaggebende bei der Behandlung sei, müssen die Sanatorien möglichst am Strande selbst errichtet oder die Kranken während des Tages dorthin gebracht werden (für Schwerkranke den Liegehallen ähnliche Galerien). Seebäder bilden ebenfalls einen sehr wichtigen Teil der Behandlung, auch die Heliotherapie berechtige zu neuen Versuchen.

Schülerklassen. Dr. Caré und Dr. Savaire empfehlen zur Bekämpfung der Tuberkulose die Errichtung von Vereinen oder Genossenschaften, welche sich die Belehrung ihrer Mitglieder, Verbesserung der Wohnungen und Nahrungsweise der Arbeiterklasse durch Verbilligung der Wohnungen, Errichtung von Volksküchen, Speisehäusern, Arbeitergärten usw. zur Aufgabe machen; Einführung von Unterstützungskassen mit Kassenärzten, Dispensaires usw. Letztere werde die stete Aufsicht über die Tuberkulösen haben: die nicht ansteckenden werden durch Luftkur und Versorgung auf dem Lande, die ansteckenden, aber noch heilbaren, durch Aufnahme in besonders eingerichteten, außerstädtischen Spitälern, die Unheilbaren werden in Isolierspitälern usw. aufgenommen. Die Hilfskassen für Schüler und Erwachsene hätten zu gegenseitiger Unterstützung miteinander in steter Verbindung zu sein.

Ferienkolonien. Dr. Bonnin bespricht die Bedeutung der Ferienkolonien bei der Prophylaxe der Tuberkulose; in Frankreich gebe es 3 Arten dieser Ferienkolonien, am Meere, im Gebirg und im Flachlande.

Dr. Zuber und Dr. Armand Delille (Paris) haben seit 3 Jahren Kinder aus den ärmsten Arbeiterklassen (am Montmartre und Vaugirard) für die Ferienkolonien ausgesucht; fanden mit der Auskultationsmethode Granchers unter 100 Kindern 33 mit beginnender Tuberkulose. Diese und andere gesunde Kinder wurden auf 3—4 Wochen in Ferienkolonien mit sehr gutem Erfolge geschickt, Zunahme des Gewichts und Brustumfanges. Durch diesen Aufenthalt werden die Kinder in ihrem Befinden gebessert und gegen die Invasion des Tuberkelbazillus widerstandsfähiger gemacht.

V. Monats-Chronik.

Berlin. Dr. Tugendreich ist zum Leiter der neueröffneten **Säuglingsfürsorgestelle** in der Pankstr. 7 ernannt.

Eisenach. Der deutsche Oberlehrertag hat eine Resolution angenommen, in der allen höheren **Schulamtskandidaten** das Studium der **Schulhygiene** zur Pflicht gemacht wird.

Freiburg. Eine **städtische Zahnklinik** wird demnächst eröffnet werden zur unentgeltlichen Untersuchung und Behandlung der Kinder in den Volksschulen und der Kleinkinderbewahranstalt.

Leipzig. Zur **Bekämpfung der Kindersterblichkeit** sind zwei **Mütterberatungsstellen** eröffnet, wo unentgeltlich ärztliche Belehrung in der Pflege und Ernährung von Säuglingen erteilt wird.

München. Habilitiert für Kinderheilkunde Dr. Alb. Uffenheimer.

Heidelberg. Prof. Dr. Vulpius erhielt vom König von Italien das Ritterkreuz vom Orden des Hlg. Mauritius.

Wien. Habilitiert für Kinderheilkunde Dr. Franz Hamburger.

Westerland-Sylt. Pastor a. D. Dr. Hanns Koch hat hier ein **Jugendpensionat und Ferienheim** gegründet, das dazu bestimmt ist, erholungsbedürftigen Schülern und Schülerinnen während der Ferien oder für sonstigen Schulurlaub Wohnung, Verpflegung und gründliche Nachhilfe in allen Unterrichtsfächern zu gewähren. Die ärztliche Beaufsichtigung der Zöglinge leitet Herr Dr. med. Quitzow, Badearzt und ärztliches Mitglied der Gesundheitskommission in Westerland.

Notiz.

Der Redakteur dieses Blattes wohnt vom 1. Juli ab:

Friedenau-Berlin, Handjery-Str. 14.

Verantwortlicher Redakteur: Dr. Eugen Graetzer in Friedenau-Berlin. — Verlag von Johann Ambrosius Barth in Leipzig. — Druck von Metzger & Wittig in Leipzig.

Centralblatt für Kinderheilkunde.

Eine Monatsschrift für praktische Ärzte.

XI. Jahrgang. 1. August 1906. No. 8.

I. Referate.

O. Lange, Über Symptomatologie und Diagnose der intraokulären Tumoren und deren Verhalten zu den übrigen Körperorganen. (Sammlung zwangloser Abhandlungen aus dem Gebiete der Augenheilkunde; herausgegeben von Geh. Med.-Rat Prof. Dr. Vossius, Gießen. Halle a. S. Verlag von Karl Marhold, 1906.) Verf. bespricht ausführlich die beiden wichtigsten intraokularen Neubildungen: das Sarkom des Uvealtraktus und das Gliom der Netzhaut. Letzteres ist ausschließlich eine Erkrankung des frühesten Kindesalters; in der Anlage ist dasselbe immer, zuweilen aber auch schon als kleinster Tumor angeboren. Das von Hause aus doppelseitige Auftreten des Netzhautglioms ist kein seltenes (in 19,1 %) und spricht direkt für das Angeborensein des Leidens, desgleichen das zuweilen familiäre Auftreten. Direkte Vererbung ist bisher trotz der in ca. 16,3 % beobachteten operativen Heilungen des Glioms nicht mit Sicherheit beobachtet. Wehrli sieht die Ursache des Glioms in einer die Proliferation der versprengten Zellen anregenden Schädigung; als solche nimmt er die Netzhautblutungen in Anspruch, welche bei engen Becken und anderen die Geburt protrahierenden Abnormitäten in den Augen Neugeborener vorkommen. Da Naumoff ausdrücklich hervorhebt, daß er in 22 Augen zu früh geborener Kinder niemals Netzhautblutungen gefunden und das Entstehen solcher mit der langen Dauer des Geburtsaktes in Zusammenhang bringt, so hält es Wehrli für berechtigt, bei drohendem, familiären Auftreten des Netzhautglioms die künstliche Frühgeburt einzuleiten. Verf. stellt 488 Gliomerkrankungen zusammen, von denen 324 als sicher angeboren zu betrachten sind. Wahrscheinlich ist das Netzhautgliom immer angeboren. In differentialdiagnostischer Beziehung kann der Umstand, daß das Gliom der Netzhaut eine Erkrankung des frühesten Kindesalters ist, nicht hoch genug veranschlagt werden. Echte Metastasen sind beim Netzhautgliom relativ selten. Dieselben betreffen in erster Linie die Schädel- und Gesichtsknochen und die am Kopfe liegenden Lymphdrüsen. Das Gehirn und seine Häute erkranken durch direktes Hineinwuchern der primären Geschwulst. Von den entfernteren Körperorganen sind es die Skelettknochen, Leber, Rückenmark und seine Häute, die häufiger befallen werden. Die Prognose ist durchaus schlecht. Frühzeitige Enukleation mit einem recht langen Stück des Sehnerven oder Exenteration der Orbita kommen in Betracht. Verf. gibt schließlich eine genaue

Krankengeschichte eines selbstbeobachteten Falles von doppelseitigem Gliom. Interessant ist, daß Verf. dem psychischen Einfluß beim Geburtsakt in diesem Falle eine Rolle nicht absprechen will. Das Kind wurde „in der Nacht zum 2. Juli 1891 geboren, nachdem am Abend zuvor ein von mir selbst miterlebtes, jeder Beschreibung spottendes, fürchterliches Unwetter über Braunschweig sich entladen hatte, wodurch die Kreißende im höchsten Grade aufgeregt und geängstigt worden war, was von der Mutter auch bisher noch als Ursache der Erkrankung des Kindes angesehen wird. Daß psychische Einflüsse eine gewisse Einwirkung auf die Entwicklung des Fötus üben können, wird von Ribbert ausdrücklich hervorgehoben; in gleichem Sinne äußert sich auch Birch-Hirschfeld auf S. 241 seines Lehrbuchs der pathologischen Anatomie. An einem Organ aber wie die Retina, deren Entwicklung, wie die Arbeiten von Kostenitsch, Naumoff und E. v. Hippel gelehrt haben, mit der Geburt nicht abgeschlossen ist, wovon auch ich selbst mich bei der Untersuchung zahlreicher Augen Neugeborener überzeugen konnte, dürften auch noch in der allerletzten Zeit des Fötallebens einwirkende, vielleicht auch psychische Einflüsse als schädigende Momente nicht unmöglich erscheinen.“ Wolffberg.

Michael Mohr, Die Augenverletzungen der Kinder. (Gyógyászat. Nr. 40. 1. Oktober 1905. — Nach einem Ref. der Pester Medizin.-Chirurg. Presse. 1906. 7.) In dem 1897 eröffneten Adele Bródy-Kinderspital wurden bisher 14630 ambulante und 948 stationäre Augenkranke behandelt. Augenverletzungen waren unter den Ambulanten 431, unter den Stationären 94 Fälle; es machten also die Verletzungen 2,94 % der ambulanten und 0,99 % der Spitalskranken aus. Aus einer tabellarischen Übersicht sämtlicher Verletzungsfälle geht hervor: Vulnus penetrans bulbi wurde in 65 Fällen aufgenommen, es heilten 37 Fälle; gebessert entlassen wurden 10, enukleiert 15; Panophthalmitis trat in 3 Fällen ein. Von 8 Fällen Contusio bulbi heilten 5, 2 kamen zur Enukleation, in einem trat Panophthalmitis ein. Bei den ambulanten Kranken handelte es sich zum großen Teil um Fremdkörper der Cornea oder des Bindehautsacks, bei den liegenden Kranken (68 %) um schwere penetrierende Verletzungen. Ausführliche Krankengeschichten interessanter Fälle werden beigefügt und Ätiologie, Symptome, Diagnose, Therapie usw. eingehend besprochen. Wolffberg.

E. Grünfeld (Saaz), Ein Fall von geheiltem Tetanus traumaticus nach Phählungsverletzung der Orbita. (Prager med. Wochenschrift. 1905. Nr. 48.)

Am 9. XII. 02 glitt ein 7jähriger Knabe während des Reifenspielens im Hofe aus und fiel hin. Schreckensbleich lief er zur Mutter, welche ein paar Tropfen Blutes aus dem linken Nasenloche laufen sah. G. fand bei der Untersuchung nichts Abnormes. Erst tags darauf zeigte sich bei dem sonst munteren, schmerzfreien Kinde eine leichte Schwellung des linken unteren Augenlides. Dies Ödem wurde stärker, die Conjunctiva erschien injiziert. Auch die Injektion verschlimmerte sich, der Bulbus war nach oben außen rotiert. Dabei war das Kind noch immer schmerz- und fieberfrei, während die Schwellung immer mehr zunahm, die Chemose der Conjunct. bulbi immer stärker wurde, der Bulbus jetzt ganz

nach außen und oben rotiert erschien. Am 17. XII. die ersten tetanischen Symptome. Da G. die Verletzungsstelle ausfindig machen wollte, untersuchte er nochmals die Nase. In der linken Nasenhöhle negativer Befund. Rechts fand er in der Höhe der zweiten Muschel am Septum einen gelblichweißen, etwa 3—4 mm langen, kantigen Körper, der wie ein nekrotischer Sequester aussah. Es wurde von Primarius Dr. Bergmann mittels Kornzange extrahiert und erwies sich als 4 cm langes Holzstück von 1/2—1 cm Umfang, mit zwei scharfen Leisten, das breitere Ende zerfasert. Der Knabe gab dann an, er habe beim Reifenspiele ein größeres Holzstück in der Hand gehabt, habe aber nichts davon bemerkt, daß es in die Nase gedrungen sei. Nach der Operation einige Tage leichtes Fieber (bis 38,7°), weitere Steigerung der Tetanuserscheinungen, die durch Chloral mit Brom, Abführmittel, warme Einpackungen bekämpft wurden. Sie ließen dann allmählich nach, ebenso wie die Veränderungen am Auge sich nach und nach besserten. Am 28. XII. Augenbefund völlig normal. Patient erholte sich jetzt rasch und wurde am 25. I. geheilt entlassen.

Es handelt sich also um einen schweren Fall von Tetanus traumaticus, hervorgerufen durch das Eindringen eines Holzstückes in die Orbita, aber erst am neunten Tage nach der Verletzung auftretend. Der Fremdkörper muß, in die rechte Nasenhöhle eingedrungen, das Septum narium durchbohrt, in der Richtung von rechts unten, vorne nach links hinten oben den Proc. ethmoidalis des linken Oberkiefers perforiert haben und von da in die Orbita eingedrungen sein; in die Tenonsche Kapsel gelangten etwa 1 1/2 cm des Holzstückes. Der Fremdkörper verursachte zunächst gewiß eine größere Blutung und rief dann eine reaktive Entzündung hervor, als deren Ausdruck das Ödem des linken unteren Augenlides, die Chemose und die durch die Schwellung hervorgerufene Auswärtsrotation des Bulbus zu betrachten sind. Es ist wohl entschuldbar, daß bei einem Entzündungsprozesse am linken Auge vor allem die linke Nase untersucht wurde, zumal ja gar kein Symptom, weder Verlegung der Nasenatmung, noch eitriger Ausfluß aus der Nase, noch irgend ein Schmerz Anlaß gab, der Nase besondere Aufmerksamkeit zu schenken. An einen Fremdkörper zu denken, lag vollkommen fern. Das sonst intelligente Kind konnte gar keine Angaben über die Verletzung machen, wußte von dem ganzen Vorgang gar nichts, infolge des plötzlichen heftigen Schreckes.

Klinisch waren noch einige Momente bemerkenswert. So der Umstand, daß trotz der Verbindung der Orbita mit dem Nasenraum sich weder ein retrobulbäres, noch ein subkutanes Emphysem entwickelte: offenbar führte das Pfählungsinstrument eine feste Tamponade des Wundkanals herbei. Merkwürdig war ferner, daß die Verletzung in den ersten 8 Tagen subjektiv gar keine Symptome bewirkte. Zu betonen ferner, daß auch im weiteren Verlaufe stärkere Temperatursteigerungen fehlten, was wohl auf geringe Eiterung im Bereiche des Wundkanals, also auf geringfügige Mischinfektion zurückzuführen ist. Daß sich die Temperatursteigerung in sehr mäßigen Grenzen hielt, bezw. im Beginne vollkommen fehlte, ließ die Prognose von vornherein als günstig erscheinen. Grätzer.

W. Apetz (Würzburg), Symmetrische Gangrän beider Lider nach Verletzung an der Stirne. (Münch. med. Wochenschrift. 1906. Nr. 19.) Symmetrische Gangrän beider Lider, namentlich nach

Traumen, scheint äußerst selten zu sein. A. schildert seinen Fall wie folgt:

„Das $1^1/_2$ jährige Töchterchen eines hiesigen Schuhmachers R. V. war auf der Straße hingefallen und hatte sich eine ganz unbedeutende Hautwunde an der linken Stirnseite zugezogen. Nach Mitteilung des mich später hinzuziehenden Hausarztes war diese kleine Verletzung bereits am folgenden Tage verklebt und ohne besondere Reizung der umgebenden Haut. Dagegen zeigte sich am dritten Tage nach der Verletzung außer einer geringen Schwellung der linken Stirnhälfte eine stärkere der Augenlider, und zwar waren die Lider des linken Auges mehr ergriffen als die des rechten. Unter Zunahme der Schwellung und Verfärbung der Haut fängt diese am vierten Tage an, sich abzustoßen, beiderseits in fast gleicher Weise, so daß ich am fünften Tage gebeten wurde, das Kind in Behandlung zu nehmen, am 2. V. 04.

Über dem linken Tuber frontale fand sich die oben erwähnte, kaum 3—4 mm große, scheinbar ganz oberflächliche, schon vernarbte Hautwunde mit gering geröteter Umgebung. Dagegen bot die Gegend der Glabella eine zirka dreimarkstückgroße Tumeszenz, die scharf abgegrenzt war, ohne zu fluktuieren. Die vier Augenlider sind ödematös und beim Betasten teigig infiltriert und zeigen beginnenden gangränösen Zerfall der Haut und des Unterhautzellgewebes bis auf die Orbikularisfasern, und zwar an den Oberlidern von der oberen Lidfalte bis an den Lidrand in ganzer Breite. An dem linken Oberlid greift die Gangrän in nach dem Auge zu konkavem Bogen um den Canthus externus herum auf das Unterlid über. Beide Unterlider weisen eine auffällige Symmetrie des ca. 2 mm vom Lidrand entfernt beginnenden und 1 cm nach abwärts sich erstreckenden nekrotischen Defektes auf, so daß auch hier die Orbikularisfasern freiliegen in der ganzen Breite der Lider. Die Präaurikulardrüsen sind mäßig geschwellt, links mehr als rechts. An der Conjunctiva beiderseits mäßige Rötung mit geringer eitriger Sekretion; Hornhaut intakt.

In den folgenden Tagen vergrößert sich der Defekt an den vier Lidern noch etwas und die Wundränder werden stellenweise stärker unterminiert und sind mit gelblich-weißlichem speckigen Belag bedeckt, der sich durch Wischen nicht entfernen ließ.

Die Schwellung über der Glabella wurde am zweiten Tage, sobald sich Fluktuation nachweisen ließ, zuerst mit einer aseptischen Spritze probepunktiert zum Zwecke bakteriologischer Untersuchung und nach ausgiebiger Inzision viel flockiger Eiter mit nekrotischen Gewebs- und Fibrinfetzen entleert. Drainage. Die erhöhte Temperatur ließ hierauf nach.

Nach Eröffnung eines zweiten kleineren Abszesses oberhalb des rechten Tränensackes erfolgte unter permanenten desinfizierenden Prießnitzverbänden und Einstreichen von Vaseline in den Bindehautsack allmähliche Reinigung der Wunden und an Stelle des Belages trat gesunde Granulationsentwicklung unter Abnahme der Sekretion und Verkleinerung der Liddefekte.

Nach 6—8 Tagen wurde unter Temperaturerhöhung noch eine kleinhandtellergroße Rötung und Schwellung am rechten Fußrücken konstatiert, die jedoch auf Sublimatprießnitzverbände wieder zurückging, ohne zu abszedieren. Ob hier eine metastatische Schwellung vorlag, konnte nicht entschieden werden.

Als ich das Kind nach 2 Monaten in der Sprechstunde wiedersah, war ich erstaunt, wie wenig Veränderungen bzw. Entstellung der Krankheitsprozeß hinterlassen hatte. Es fanden sich an den vier Lidern mehr oder weniger breite, leicht strahlige Narben, ohne jede bemerkenswerte Verdickung mit nur geringer Fixation an das tieferliegende Gewebe. Von einem Narbenektropion oder falscher Zilienstellung keine Spur. Auch hatte das Kind, das während der Erkrankung einen schwer leidenden Eindruck machte, außerordentlich zugenommen.

Die bakteriologische Untersuchung des Eiters, welcher den frischen Lidwunden, besonders unter den unterminierten Lidrändern entnommen wurde, sowie der Inhalt der Probepunktionsspritze von dem Abszeß an der Stirne ergab nach dem kulturellen Verfahren, das Herr Kollege Dr. Armand am hiesigen hygienischen Institut in liebenswürdiger und dankenswerter Weise vornahm, ausnahmslos Reinkulturen von Streptococcus pyogenes.“

Wie kam nun hier die symmetrische Gangrän zustande? Der Grund dürfte wohl in der abnormen Verschleppung der Keime nach

der Mitte der Stirn zu suchen sein, wo schon in den ersten Tagen ein Abszeß sich bildete. Von hier aus konnte dann leicht auf dem Wege der subkutanen Lymphbahn das Weiterwandern der Keime nach den Lidern erfolgen.

In fast allen ähnlich liegenden Fällen wurde der Lidrand infolge der strafferen Verbindung seiner Haut mit dem tieferen Gewebe nicht ergriffen. So machte auch im obigen Falle die Gangrän ca. 1 mm vom Lidrand entfernt Halt. Es kommen dadurch auffallend geringe Veränderungen an den Lidern nach Ablauf des Prozesses zur Beobachtung.

Grätzer.

M. Goldzieher, Zysten der Tränendrüse. (Budapesti orvosi ujság. 1905. Nr. 23.) Diese seltene Erkrankung beobachtete G. bei einem 16 Jahre alten Mädchen. Auf Grund histologischer Untersuchung hält Verf. das Gebilde für eine Schleimzyste.

Ernö Deutsch (Budapest).

Hirschberg, Über das angeborene Lymphangiom der Lider, der Orbita und des Gesichts. (Zentralblatt für prakt. Augenheilkunde. Januar 1906.) In zwei sehr ausführlichen Krankengeschichten macht H. auf ein bisher nicht beschriebenes diagnostisches Zeichen aufmerksam, nämlich „die Erweiterung der Lymphgefäße in der Augapfelbindehaut." In dem einen Falle wurde durch Exstirpation Heilung erzielt, in dem andern nicht, da die ganze Gesichtshälfte von der Geschwulst befallen.

Wolffberg.

v. Hippel, Weitere Beiträge zur Kenntnis seltener Mißbildungen. (v. Gräfes Archiv. Bd. 63. Heft 1.) Der erste Fall betrifft ein 5 Tage altes Kind, dessen Augenhöhle von einem apfelgroßen Tumor ausgefüllt ist, dessen Elemente ausgesprochen embryonalen Gewebscharakter haben; Bestandteile aller Keimblätter vorhanden. Diagnose: Teratoma orbitae congenitum. Diese Tumoren sind äußerst bösartig; die Kinder sterben in den ersten Lebenswochen.

2. Fall. Anophthalmus congenitus bilateralis mit Encephalocele orbitae. Verf. meint, daß für die Entstehung aller Anophthalmusfälle eine einheitliche Erklärung nicht gegeben werden könne; keinesfalls spiele die fötale eitrige Entzündung eine Rolle. Vielleicht geht die Augenanlage durch Amniondruck zugrunde, vielleicht bleibt es bei der Ausstülpung der primären Augenblase ohne Bildung der sekundären.

3. Fall. Kryptophthalmus congenitus. Unter einer ziemlich dicken Hautschicht ein kleiner, weicher Körper. Die Genese sei nicht wie sonst angenommen worden, entzündlichen Charakters, sondern es handelt sich um mechanische Hinderung der Lidbildung durch Anomalien der Amnionbildung.

4. Fall. Epibulbäres Dermoid, Lidkolobom und Mikrophthalmus. Ursache ebenfalls amniotische Verwachsungen.

Wolffberg.

v. Hippel (Heidelberg), Zwei experimentelle Methoden in der Teratologie des Auges. (Verh. d. deutschen path. Ges. in Meran 1905.) v. H. hatte Gelegenheit, die Nachkommenschaft eines

an angeborenem Kolobom leidenden Kaninchenbockes zu untersuchen, und zwar in mehreren Generationen. Er konnte nachweisen, daß diese Mißbildung bereits im Keime vorhanden, also angeboren ist, und daß Fötalkrankheiten für die Entstehung eines Koloboms nicht in Betracht kommen. In Fortsetzung dieser Versuche gelang es v. H. nicht, mittels Bestrahlung der Embryonen durch Röntgenstrahlen die Mißbildung künstlich zu erzeugen; statt dessen erhielt er in einem hohen Prozentsatze bei den bestrahlten Embryonen Schicht- oder Zentralstar, oder doch Veränderungen, die als Vorstufen dieser Erkrankung aufgefaßt werden können. Schicht- und Zentralstar können also durch ektogene, den Embryo treffende Schädlichkeiten entstehen.

Bennecke (Jena).

Ernst N. Knape (Finnländer), Aniridia congenita bilateralis bei Vater und Sohn. (Finska läkaresällskapets Handlingar. 1906. Nr. 1.) Kasuistischer Beitrag. Angeborener Mangel der Iris bei Vater und Sohn. Kein anderer in der Familie hatte diesen Defekt. Die Eltern des Vaters hatten normale Augen.

Adolph H. Meyer (Kopenhagen).

C. Fruginale, Über das kongenitale Pulsieren des Auges. (La Pediatria. März 1905.) Verf. hat in der Literatur drei Fälle auffinden können. Er selbst berichtet über einen vierten, bei dem sich Asymmetrie des Gesichts und Deformität des Schädels, Asymmetrie in der Lage der Augen und intermittierender Exophthalmus des rechten Auges, vor allem aber eine Pulsation des Auges und der Augenbrauen fand, die dem Arterienpuls synchron ist, bei Kompression der rechten Karotis nachläßt und bei gleichzeitiger Kompression beider Karotiden fast ganz verschwindet, während sie bei Kompression der Jugularis unverändert bleibt. Verf. erklärt, nachdem er seinen Fall und die übrigen drei in der Literatur verzeichneten einer kritischen Betrachtung unterzogen hat, den Symptomenkomplex als eine osteo-cellulo-vasculäre Trophoneurose der Orbita mit gleichzeitiger Pulsation des Auges.

F.

A. Gad (Däne), Avulsio oculi intra partum. (Hospitalstidende. 1906. Nr. 8.) Das Kind wurde im Alter von 8 Monaten zum Verf. gebracht mit Mangel des linken Auges, abgeflachter Orbitalhöhle und einer schlecht geheilten Ruptur der Palpebra inf. sin. Der Hausarzt gab folgende Mitteilung. Das Kind wurde vermittelst der Zange geboren. Es war enges Becken und kräftige Wehen vorhanden. Die Zange lag gut. Es muß eine Fraktur der Orbitaldecke hervorgerufen sein, die Blutung und Exophthalmus verursacht hat; während einer Wehepause oder eines Aufenthaltes in der Traktion ist die Blutung vermehrt worden, und bei der nächsten Wehe oder Traktion entsteht ein Druck von oben durch das obere Augenlid gegen den Geburtsweg; durch diesen Druck muß das Auge über den unteren Orbitalrand überschlagen und der Nervus opticus zerrissen worden sein.

Adolph H. Meyer (Kopenhagen).

F. R. v. Arlt (Wien), Argent. citricum, Itrol Credé pro oculis bei Augenkrankheiten. (Ärztl. Zentral-Ztg. 1905. Nr. 3.)

Argent. citric. ist ein sehr heikler Körper, es muß wie ein photographisches Papier behandelt werden. Denn es ist sehr leicht zersetzbar, gegen Licht und Feuchtigkeit äußerst empfindlich. Auch muß es für die Augenbehandlung ganz fein gepulvert sein. Die Firma v. Heyden bringt das Itrol jetzt in schwarzen Flaschen mit 0,5 und 1 g Inhalt als „Itrol Credé pro oculis" in den Handel. Wenn man diese unter doppeltem Verschluß aufbewahrt, gleich nach dem Öffnen wieder schließt, so halten sie sich 14 Tage unversehrt.

So stets frisch erhalten, stellt Itrol ein hervorragendes Therapeutikum für die Augenpraxis dar. Besonders wertvoll ist es bei der Behandlung der Ophthalmoblennorrhoea neonatorum. Nach sorgfältiger Reinigung des Auges (mit reinem Wasser) wird Itrol auf der ganzen Fläche der umgestülpten Lider möglichst gleichmäßig und ziemlich reichlich (ca. 0,005—0,015 g) verteilt, die Lider dann wieder in normale Lage gebracht und nach einigen Minuten der Überschuß an Itrol mit angefeuchteter Watte abgewischt (ohne Umstülpung der Lider). Das muß, besonders in den ersten Tagen, mehrmals täglich vom Arzte gemacht werden. In der Zwischenzeit ($^1/_4$—$^1/_2$—1 stündlich) muß das Wartepersonal das Auge sanft öffnen und mit Kal. permang. (1 : 1000—4000) sorgsam reinigen. Da reichliche Zufuhr frischer, kühler Luft wichtig ist, dürfen weder irgendwelche Kompressen, Umschläge, noch Verbände gemacht werden. Bei dieser Behandlung hat v. A. bei frischen, leichten Formen mit 3—6, bei älteren und schweren Fällen mit 10—16 Einstreuungen Heilung erzielt. Sehr rasch heilten auch, bei sonst gesunden Kindern, die Hornhautgeschwüre ab. Niemals hatte v. A. den Verlust eines Auges zu beklagen, nie sah er Komplikation bei seinen 124 so behandelten Fällen; und gleiche Resultate haben auch andere erzielt, die in gleicher Weise vorgingen. Auch die prophylaktische Desinfektion der Augen der Neugeborenen mit Itrol hat sich bestens bewährt; bei ca. 150 Fällen, darunter gegen 20 mit evidenter Blennorrhoea vaginae der Gebärenden, sah v. A. keine Infektion des Kindes.

Das gleiche Verfahren wie oben (nur statt Kal. permang. wurde 3—4 %ige Borsäure- bzw. Boraxlösung verwandt) wurde auch bei Conjunctivitis follicularis, catarrh. acutu et chronica geübt, und zwar mit gleichguten Resultaten, und auch bei Conjunctivitis trachomatosa (mit starker Sekretion), crouposa et diphtheritica, lymphatica und Ulcus corneae bewährte sich die Itrolbehandlung sehr gut.

Grätzer.

Leopold. Augentzündung der Neugeborenen und 1 %ige Höllensteinlösung. (Aus der kgl. Frauenklinik in Dresden.) (Münch. med. Wochenschrift. 1906. Nr. 18.) Daß die prophylaktische Einträufelung der 1 %igen Höllensteinlösung vollständig ebenso wirkt, wie die der 2 %igen Lösung, und dabei vollkommene Reizlosigkeit des Auges garantiert, zeigt L. an 7287 Fällen. Aus seinen Erfahrungen schließt er: „Die nach Credé genaueste Ausführung des Verfahrens, die Verwendung einer 1 %igen, möglichst frisch bereiteten Höllensteinlösung, das Sichverteilenlassen nur eines Tropfens dieser Lösung auf der Cornea, mittels eines abgerundeten, unbedingt sauberen

Glasstäbchens, und dann das Inruhelassen der Augen, ohne Nachbehandlung oder Nachträufelung irgend eines anderen Mittels, dies Verfahren, das wohl kaum einfacher noch gestaltet werden kann, garantiert mit voller Sicherheit die Verhütung der Augenentzündung für die 1. Lebenswoche. Kommt hierzu eine peinliche Überwachung von Mutter und Kind auch für das weitere Wochenbett, so kann ein Kind auch vor einer nachträglichen Infektion bestimmt geschützt werden."

L. hatte nur 5 Frühinfektionen (= 0,06 %) und 13 Spätinfektionen (= 0,17 %), ohne nennenswerte Reizung der Bindehäute durch das Einträufelungsmittel. Grätzer.

O. v. Herff, Zur Verhütung der gonorrhoischen Ophthalmoblennorrhoe mit Sophol. (Aus dem Frauenspital Basel-Stadt.) (Münch. med. Wochenschrift. 1906. Nr. 20.) Die Argentumeinträufelung hat die Zahl der Ophthalmoblennorrhoeerkrankungen zwar bedeutend herabgesetzt, aber nicht ganz beseitigt, auch bewirkt Argent. nitr. doch nicht selten Augenreizungen. Man versuchte daher Ersatzmittel, und zwar mit Erfolg. In den Jahren 1901—1904 wurden von v. H. 3009 Kinder mit 10 %igen Protargoleinträufelungen geschützt; es wurde keine Frühinfektion beobachtet und nur 2 Spätinfektionen (0,06 %), womit sich Protargol dem Höllenstein sogar als überlegen erwies. Dabei reizt Protargol das Auge weit weniger als Höllenstein. Nun hat es freilich den Nachteil, daß seine Lösungen große Sorgfalt erfordern. v. H. benutzte dann das noch weniger reizende Argyrol, mit dem er 650 Kinder schützte. Es wurde nicht eines davon infiziert. Aber der Silbergehalt des Präparates war kein konstanter, und H. ging zu dem unterdessen von den Farbenfabriken Bayer & Co. in Elberfeld hergestellten Sophol über, einem Formonukleinsilber. Versuche zeigten zunächst, daß Sophol ein völlig reizloses Präparat ist, dabei stark desinfiziert. Es wurde (erst in 10 % iger, dann in 5 % iger Lösung, die reichlich in die Augen eingebracht wurde) bei 1200 Kindern angewandt (mit Argyrol und Sophol zusammen 1700), wovon nur eins eine Frühinfektion bekam (hier lagen aber ganz besondere Verhältnisse vor), keines eine Spätinfektion. Es wurden also von v. H. nach Aufhebung der Höllensteinbehandlung 4709 Kinder mit anderen, weit milderen Silbereiweißpräparaten geschützt, wobei nur eine Frühinfektion und 2 Spätinfektionen vorkamen = 0,06 %, während bei Argent. nitr. 0,2 % Erkrankungen gezählt wurden. Sophol ist so reizlos, daß es auch Laienhänden ruhig anvertraut werden kann, und v. H. glaubt, daß es in Zukunft als Vorbeugungsmittel gegen gonorrhoische Ophthalmoblennorrhoe an die Stelle des Höllensteins treten wird. Grätzer.

J. Dreyfuß (Kaiserslautern), Ein Fall von Dacryoadenitis chronica. Behandlung mit Vibrationsmassage. Heilung. (Münch. med. Wochenschrift. 1905. Nr. 2.) Der 13 jährige, im übrigen ganz gesunde Junge ist seit 3 Wochen mit der Affektion behaftet, die sich beiderseits etabliert hat. Im äußeren oberen Winkel der Orbitalhöhle je ein höckriger, harter und unempfindlicher Tumor von etwa Haselnußgröße. Trotz geeigneter Therapie Größen-

zunahme derselben, bis mit elektrischer Vibrationsmassage begonnen wird (3 mal wöchentlich je 5 Minuten); von da ab sofort Rückgang der Geschwulst und baldiges Verschwinden. Grätzer.

Rothholz (Stettin), Die Behandlung der sogenannten skrofulösen Augenentzündungen. (Therap. Monatshefte. August 1905.)

R. hebt zunächst hervor, daß nach seiner Ansicht sehr oft die bekannten skrofulösen Erscheinungen abhängig sind von einer vorhandenen Naseneiterung; letztere ist auch bei der Behandlung in erster Linie zu berücksichtigen und, gleich den etwaigen konsekutiven Ekzemen am Gesicht und Kopf, schnellstens zu beseitigen. Eine Reihe von Vorsichtsmaßregeln kommt zunächst in Betracht. So muß man verhüten, daß das Kind mit den Händen an seine Augen kommt, und darf sich nicht scheuen, event. die Hände einige Zeit zu fesseln. Ferner sollen die Kinder nicht mit dem Gesicht nach unten im Bette liegen; man schütze die Augen bei größeren Kindern durch eine graue Schutzbrille, bei kleineren durch einen Pappschirm gegen das Licht. Auf das Kopfkissen müssen stets saubere Tücher kommen, damit das Kind sich nicht immer von neuem an dem Schmutzdepot daselbst infizieren kann. Ein solches ist auch in der Regel auf der Schulter der Mutter etabliert; man soll daher die Kinder möglichst nicht herumtragen, da sie hierbei meist die Augen gegen die Schulter der Mutter drücken. Für Beseitigung des Nasensekrets ist fortdauernd Sorge zu tragen. Ältere Kinder müssen methodisch kräftig schnauben (einseitig); bei kleineren Kindern bläst R. mittels eines Glasröhrchens, an welchem ein Gummischlauch angebracht ist, Sozojodolzink 1 : Amyl. 20 ein, um nicht nur medikamentös einzuwirken, sondern auch das Nasensekret fortzuschaffen. Auf nässende Ekzeme kommt Airolpulver in dicker Schicht, die als Schutzdecke liegen bleibt. Die Kinder müssen viel ins Freie, mit Schutzbrille bzw. Lichtschirm versehen. Natürlich erfordert die Nase meist noch eine spezielle Behandlung. Die lokale Behandlung der Augen hat zunächst in Beseitigung der Lichtscheu zu bestehen, die fast stets durch Beteiligung der Hornhaut bedingt ist. Atropinisieren trägt viel zur Beseitigung der Reizerscheinungen bei. Zweckmäßig ist es oft, ein minimales Körnchen Atropin mittels einer glatten Sonde aufzunehmen und trocken im Konjunktivalsack zu deponieren. Überhaupt ist Feuchtigkeit möglichst fernzuhalten. Die beliebten Kamillenumschläge sind streng zu verbieten. Auch das Verbinden ist schädlich; Brille bzw. Lichtschirm genügen vollkommen. Im Anfange streicht R. eine Salbe von Airol 1 g : Ung. len. 14 g in den Konjunktivalsack und auf die Lider, sowie auf trockene Gesichtsekzeme. Nur bei starker Schleim- oder Eitersekretion kommen Einträufelungen (Arg. nitr.) zur Anwendung, nur bei größeren Hornhautgeschwüren ein Verband, der aber nur für möglichst kurze Zeit appliziert werden soll. Die gelbe Quecksilbersalbe wird erst nach erheblichem Zurückgehen der Reizerscheinungen der Hornhaut angewandt. Stets ist aber vor allem die Naseneiterung therapeutisch und prophylaktisch zu berücksichtigen; das ist ebenso wichtig, wie die lokale Behandlung der Augen. R. will ja nicht behaupten, daß alle skrofulösen Augenerkrankungen mit Nasen-

eiterung zusammenhängen und daß eine konstitutionelle Skrofulose überhaupt nicht existiert; aber jedenfalls muß man stets an eine Nasenaffektion denken und dieselbe dringend berücksichtigen.

Grätzer.

Binder (Graz), Die Anwendung des Aristolöles in der Augenheilkunde. (Therapie der Gegenwart. Juni 1906.) B. teilt seine Erfahrungen mit, die sehr günstige waren. Die Hauptdomäne bilden die ekzematösen Augenerkrankungen. Bei jeder Form, sowohl bei der solitären Konjunktivalphlyktäne, bei den multiplen sandkornförmigen Randphlyktänen, wie bei der Keratitis phlyctaenulosa bewährte sich Aristolöl bestens. Auch bei Blepharitis wirkt es recht günstig ein, nicht nur auf die skrofulösen Formen. Auch Hornhauterosionen und Substanzverluste nach Fremdkörperextraktionen bilden ein Feld für Aristolölanwendung. Desgleichen Verbrennungen und Verätzungen. Bei letzteren wird nach Reinigung der Konjunktiva reichlich Aristolöl eingeträufelt und die Lider dann mit in Aristolöl getränkten Läppchen bedeckt.[1])

Grätzer.

Laas (Frankfurt a. O.), Über Keratomalacie. (Nach einem am 12. Nov. 1905 im Verein der Ärzte des Regierungsbezirks Frankfurt a. O. gehaltenen Vortrage.) (Zeitschrift für ärztliche Fortbildung. 1906. Nr. 6.) Verf. vergleicht Frequenz und Prognose der Keratomalacie mit denen der anderen Augenerkrankungen der Neugeborenen; er zählt unter 4500 Patienten (in Frankfurt a. O.) 4 Fälle von Keratomalacie bei 22 Fällen von Blennorrhoea neonatorum im gleichen Zeitraum. Von den 44 Augen dieser blennorrhoischen Kinder hatten alle bis auf eins überhaupt keine Schädigung des Sehvermögens davongetragen, während dieses eine nach Perforation eines Ulcus corneae mit adhärentem Leukom ausheilte und immer noch leidliches Sehvermögen behielt, welches auch durch Iridektomie noch gebessert werden könnte. Von den acht keratomalacischen Augen sind dagegen sechs erblindet. Ersieht man auch daraus, daß die Prognose der Keratomalacie schlecht ist, so ist doch aus den Fällen zu entnehmen: Die Hornhauterweichung der Kinder ist durchaus nicht bloß immer der Vorbote des Todes, sondern, wie es leider vorkommt, daß die Kinder, durch die Augenerkrankung erblindet, fortleben, so kann es doch auch in verzweifelt ausschauenden Fällen gelingen, durch vernünftige Diätvorschriften Leben und ein gut Teil des Sehvermögens zu erhalten; niemals sind wir berechtigt, bei der Erkrankung etwa nur die Achseln zu zucken und die Hände in den Schoß zu legen. Und, was dem Verf. noch wichtiger erscheint, ist, daß wir in den Fällen, in denen uns Kinder in elendem Ernährungszustand zugeführt werden, auf die Konjunktiven achten, und wenn wir hier den an und für sich harmlosen Vorläufer der Keratomalacie, die Xerosis, entdecken, daß wir dann alle unsere Kräfte daran setzen, den Ernährungszustand der Kleinen zu heben, um den Eintritt der Keratomalacie zu verhüten, und so die Kinder vor dem Verfall ihres Sehvermögens wie ihres Lebens bewahren.

Wolffberg.

---

[1]) Das Öl kann in kleinen Fläschchen bezogen werden von der „Viktoria-Apotheke“, Dr. Laboschin, Berlin SW. 48.

Chronis, Ein Fall von Iridocyclitis während eines Keuchhustens. (Klin. Monatsblätter f. Augenheik. 48. Jahrg. Mai 1905.) Erkrankungen von Iris und Corpus ciliare bei Keuchhusten sind bisher nicht veröffentlicht. Im Falle von Chr. (Erlanger Univ.-Augenkl.) handelt es sich um einen 9 Monate alten Knaben, dessen linkes Auge 14 Tage nach Auftreten des Keuchhustens unter folgenden Symptomen erblindete: Weicher injizierter Bulbus, leichte Hornhauttrübung, aufgehobene Kammer, verwachsene Iris, enge Pupille mit zahlreichen hinteren Synechien und Pupillarmembran, Lues sicher ausgeschlossen. Verf. denkt an eine Embolie der Kapillaren, sei es durch ein Keuchhustengift sei es durch Pneumo-, Streptokokken u. dgl.

Wolffberg.

J. Hirschberg, Über Entzündung der Netzhaut und des Sehnerven infolge von angeborener Lues. (Deutsche med. Wochenschrift. 1906. Nr. 19.) H. beschäftigt sich mit den frischen Fällen, die ebenso wichtig wie schwer zu beobachten sind. Erstlich vermag die Mutter nicht so leicht eine Herabsetzung der Sehkraft bei einem ganz kleinen Kinde genügend zu erkennen. Ein Rollen und Zittern der Augen des Säuglings, ein leichtes Schielen ist das einzige, was deutlicher hervortritt. Freilich, die vollständige Erblindung kann auch bei 4- und 6 monatigen Kindern der Mutter kaum entgehen, da die Kleinen nicht mehr nach vorgehaltenen Gegenständen greifen, was sie vorher schon getan hatten. Sodann ist auch für den Arzt die Veränderung nicht leicht zu sehen, selbst wenn er schon einige Übung im Augenspiegeln besitzt. Es gehört große Geduld dazu. Endlich ist die richtige Beurteilung des Falles recht schwierig, wenn man nicht erstlich schon größere Erfahrung besitzt, ferner auch die unscheinbaren Zeichen der Lues congenita zu beachten gewohnt und endlich eine richtige Vorgeschichte zu erlangen imstande ist. Die Affektion ist stets eine doppelseitige (wobei sie freilich nicht auf beiden Augen gleichschwer zu sein braucht) und befällt die Kinder schon im frühesten Alter, im 5. Monat bis zum 18. Monat. Was sieht man nun im Auge?

1. Feinste staubförmige Glaskörpertrübung, die man allerdings nur nach Erweiterung der Pupille und bei Anwendung eines starken Sammelglases hinter dem Augenspiegel erkennt.

2. Es ist der Sehnerveneintritt durch eine bläulichweiße Ausschwitzung verdeckt, welche von hier aus nach allen Seiten in die Netzhaut, also in deren dickeren Teil sich ergießt und in einigem Abstand vom Sehnervenrande, d. h. mit zunehmender Verdünnung der Netzhaut, allmählich abnimmt und unerkennbar wird.

3. Die Netzhautmitte zeigt ein bräunliche Färbung.

4. Im ganzen Augengrund entstehen zahllose helle Stippchen, welche in der Peripherie dichter gedrängt, nahe aneinandergerückt sind und früher mit Pigmentkörnchen in der Mitte, Pigmentstreifchen am Rande sich ausstatten. Diese bleiben als Abdruck oder Narbe dauernd zurück. Von ihrer Anordnung und ihrem Pigmentgehalt hängt das wechselnde Bild ab, welches man in den späteren Jahren beobachtet. Es kommt zu rundlichen, mehr rosafarbenen Herden;

zu mittelgroßen, fast weißen Flecken. Es kommt zu einer Pigmentbildung, ganz ähnlich derjenigen bei der typischen Pigmententartung, die ja mit angeborener Lues nichts zu tun hat.

Die Netzhaut-Aderhautentzündung infolge von angeborener Lues ist eine seltene Erkrankung, und die ganz frischen Fälle bekommt man nicht oft zu Gesicht. Öfters sind daneben deutliche Spuren von Regenbogenhautentzündung nachweisbar, mitunter sogar Zeichen einer frischen Iritis.

Eine höchst bemerkenswerte Tatsache hat H. gefunden. Wenn ein Kind mit einseitiger Späterkrankung der Augen infolge von angeborener Lues, d. h. mit diffuser Hornhautentzündung, ihm gebracht wird, sieht er manchmal — entweder auf beiden Augen, falls auf dem entzündeten Auge noch genügende Durchsichtigkeit geblieben, oder wenigstens auf dem anderen, scheinbar gesunden und auch sehkräftigen — deutliche Spuren der voraufgegangenen Früherkrankung, d. h. der Netz-Aderhautentzündung. Dies ist recht wichtig für die Auffassung des Verlaufes der Grundkrankheit. Ein Kind von 10 oder 12 Jahren wird vorgestellt mit frischer, diffuser Hornhautentzündung. Die vielleicht wenig aufmerksamen Eltern geben an, keine frühere Erkrankung beobachtet zu haben, die der Arzt als Lues deuten könnte. Aber der Augenspiegel zeigt Reste einer tiefen Entzündung, die schon vor Jahren abgelaufen ist. Gelegentlich konnte H. selbst bei einem Kinde im ersten Jahre die Netzhaut- und im siebenten die Hornhautentzündung beobachten. Erstere kann spontan ausheilen. Aber das ist selten. Untersucht man die wegen geringer Sehkraft gebrachten Kinder, die zur Brillenwahl vorgestellten Schulkinder recht genau, so findet man in einzelnen Fällen ältere Veränderungen, die erhebliche Sehstörung bedingen. Glaskörpertrübung, Netzhautablösung, Entartung der Netzhautmitte, bindegewebige Sehnervenschrumpfung usw. können sogar vollständige Erblindung verursachen. Man muß die Krankheit also in jedem Falle behandeln.

Das souveräne Mittel ist das Quecksilber. H. bevorzugt die Einreibungen. Säuglinge erhalten 0,5, kleine Kinder 0,75, größere 1 g grauer Salbe einmal täglich (in dringlichen Fällen 2mal) 5 Tage hindurch, dann Bad und 3—5 Tage Pause usw. Nie läßt H. unter 100 Einreibungen machen, und er setzt die Nachbehandlung dann 1—2 Jahre fort. Die Erfolge sind sehr befriedigend, mitunter überraschend. Fast blinde Kinder werden in wenigen Wochen wieder sehkräftig; manchmal bleiben allerdings geringe Sehstörungen zurück, aber die Erfolge sind bei weitem rascher und glänzender, als bei den Spätformen, zumal wenn die Behandlung frühzeitig einsetzt.

Grätzer.

Oluf Thomsen (Däne), Die makroskopische Untersuchung der Nabelschnurentzündung bei Syphilis. (Bibliotek for Läger. 1906. Nr. 1.) Der Verf. hat früher nachgewiesen, daß ein Kind, dessen Eltern Syphilis haben, selbst als syphilitisch anzusehen sein muß, wenn Entzündungsveränderungen in seiner Nabelschnur vorgefunden werden. Der Verf. zeigt, wie diese Veränderungen sich in der gleich nach der Entbindung in 25 $^0/_0$ iger Formalinlösung ge-

legten Nabelschnur makroskopisch nachweisen lassen. Die Veränderungen sind durch beigefügte Bilder illustriert.

Adolph H. Meyer (Kopenhagen).

Pommer, Zur Kenntnis der hereditären Schädelsyphilis. (Verh. d. deutsch. path. Ges. in Meran 1905.) Einwandsfreie Beobachtungen hereditär syphilitischer Veränderungen am Schädeldach sind selten. P. teilt deshalb ausführlich einen solchen Fall mit, der einen 9 Wochen alten Knaben betraf, und der außerdem syphilitische Veränderungen an den Lungen, der Leber und Milz darbot. Am Schädeldach fanden sich in verschiedenster Lokalisation, die am besten aus der Beschreibung an der Hand der Abbildungen hervorgeht, ausgedehnte gummöse, osteomyelitische und ostitische Veränderungen. Die mikroskopische Untersuchung verschiedenster Stellen ergab übereinstimmende und sich ergänzende Befunde, die P. dahin zusammenfaßt, daß es sich um eine der Schädelknochen in verschiedener Ausdehnung einnehmende gummöse Ostitis und Osteomyelitis handelt, mit vorwiegend destruktivem Charakter. Ausgedehnte Verkäsung fand sich in keinem Gebiete des gummösen Granulationsgewebes. Dieses überschreitet nicht die Faserschicht des Perikraniums und nicht die der Dura mater. Zeichen von Stalisteresis fanden sich, in Übereinstimmung mit früheren Untersuchungen P.s nirgends, vielmehr handelt es sich an den in Frage kommenden Stellen um Ablagerung unverkalkten Knochens, sowie um eine im Verhältnis zur Resorption geringe Apposition.

Bennecke (Jena).

M. B. Schmidt, Über syphilitische Osteochondritis. (Verh. d. deutsch. path. Ges. in Meran 1905.) S. untersuchte die Knorpelknochengrenzen syphilitischer Neugeborener und konnte feststellen, daß es sich bei der Epiphysenlösung nicht um eine Erkrankung des Knochenmarkes, bei der es zur Resorption bereits gebildeten Knochens kommt, handelt, sondern um einen Ossifikationsdefekt, der dadurch entsteht, daß sich ein von den Knorpelmarkshöhlen ausgehendes Granulationsgewebe in verschiedener Mächtigkeit entwickelt. Dieses oft sehr zahlreiche Granulationsgewebe hat einen durchaus typischen Sitz zwischen verknöcherter Diaphyse und dem Epiphysenknorpel und stammt in letzter Linie von dem Perichondrium ab, ohne irgend etwas mit dem Knochenmark zu tun zu haben.

Bennecke (Jena).

Looser, Über Osteogenesis imperfecta tarda. (Verh. d. deutsch. path. Ges. in Meran 1905.) L. weist an der Hand eines von ihm untersuchten Falles — 17jähriger Knabe, der von $1^1/_2$ bis 17 Jahren ca. 50 Frakturen erlitt — von Osteopsathyrosis nach, daß klinisch und pathologisch-anatomisch diese Krankheit mit der Osteogenesis imperfecta so viele Übereinstimmungen besitzt, daß eine Trennung dieser beiden Krankheiten nicht gerechtfertigt erscheint. Das Wesen der Krankheit besteht in einer mangelhaften enchondralen und periostalen Knochenbildung bei normaler Bildung der Osteoblasten und normaler lakunärer Resorption. Der Name Osteopsathyrosis müsse demnach fallen und der Unterschied gegebenenfalls durch die Bezeichnung Osteogenesis imperfecta tarda ausgedrückt werden.

Bennecke (Jena).

Oluf Thomsen, Pathologisch-anatomische Veränderungen in der Nachgeburt bei Syphilis. (Beitr. z. path. Anat. u. allg. Path. Bd. 38. Heft 3.) Th. untersuchte an 100 Fällen von Syphilis die Nabelschnur, Plazenta und Eihäute. Die umfangreiche, an interessanten Einzelheiten sehr reiche Arbeit, die durch eine umfassende Literaturübersicht eingeleitet wird, eignet sich nicht zu einem kurzen Referate. Aus der Fülle des Materials mögen nur die wichtigsten Punkte hervorgehoben werden. In der Nabelschnur fast aller Fälle fanden sich periarteriitische und periphlebitische Prozesse verschiedener Intensität. Sie sind im großen und ganzen als für Syphilis charakteristisch anzusehen, doch finden sich auch Fälle, wo sie fehlen und andererseits andere Erkrankungen, die nicht mit Syphilis kombiniert sind, wo sie gleichfalls und in derselben Art nachzuweisen sind. Die Nabelschnur ist meist nur fleckweise von diesen Veränderungen betroffen. Ein Kind von syphilitischen Eltern kann selbst als syphilitisch angesehen werden, wenn die entzündlichen Veränderungen der Nabelschnur vorhanden sind.

Das Ödem der Plazenta findet sich häufiger bei Syphilis als bei einer anderen Erkrankung; jedenfalls ist es die Ursache des meist auffallend großen Gewichtes der Plazenta bei Syphilis. Die auf Wucherung der Stromazellen der Zotten beruhende, von Fränkel zuerst beschriebene Hyperplasie der Villi ist, wenn sie stärkere Grade annimmt, nur bei Syphilis beobachtet worden. Leichtere Grade kommen auch bei anderen Erkrankungen vor. Wucherungen synzytialer Elemente sind für Syphilis nicht charakteristisch. Die auf Infiltration der Zotten mit Leukozyten, die aus den Villusgefäßen stammen, beruhende sogenannte Abszeßbildung ist, wenn sie mit Zottenhyperplasie verbunden war, bisher nur in Fällen beobachtet, wo Syphilis nicht auszuschließen war. — An der mütterlichen Plazenta finden sich keine für Syphilis charakteristischen oder gar spezifischen Veränderungen. — Auch in den Eihäuten finden sich Leukozyteninfiltrationen, die gleichfalls nicht spezifisch für Syphilis sind, aber doch insofern charakteristisch sind, als sie sich namentlich in den Fällen finden, wo die Infektion der Frucht mit Syphilis am stärksten auftritt.

Bennecke (Jena).

August Kohl, Ein Beitrag zur kongenitalen Lungensyphilis. (Arch. f. Kinderheilk. Bd. 43. Heft 1—4. Mit 1 Tafel und 1 Abbildung.) 2 monatiges manifest luetisches Kind zeigt post mortem zwei linsen- bzw. kirschkerngroße, im Zentrum verkäste und erweichte Knoten im linken Unterlappen der Lunge. Mikroskopisch deutliches Bild des Gumma, konzentrische Anordnung der Faserzüge.

Der Fall ist gewiß selten; wenn sich jedoch Verf. bemüht hat, „in der einschlägigen Literatur der letzten 17 Jahre Fälle von isolierten Syphilomen in den Lungen hereditär-syphilitischer Säuglinge zu finden“ und dabei nur ein „durchaus negatives Ergebnis“ gehabt hat, so hat er die ausführliche Arbeit des Referenten [1]) übersehen.

[1]) Beiträge zur Histologie und Pathologie der kongenitalen Syphilis. Deutsch. Arch. f. klin. Med. 1898. Bd. 61.

In dieser findet sich ein Fall von großknotigem Syphilom mit allen charakteristischen Bildungen verzeichnet. Hecker.

Edg. Gierke, Das Verhältnis zwischen Spirochaeten und den Organen kongenital syphilitischer Kinder. (Aus dem pathol.-anatom. Institut der Universität Freiburg i. B.) (Münch. med. Wochenschrift. 1906. Nr. 9). G. berichtet über zwei beobachtete und spezifizierte Fälle von kongenitaler Lues. Bei dem einen war vor allem interessant, daß im Leberausstrich Spirochaete pallida nachgewiesen und im Schnitt Spirochaeten gefunden wurden, so daß beide identifiziert werden dürfen; ferner war wichtig die oft sehr reichliche Spirochaetenansiedelung in Organen, die keine oder nur sehr geringe histologische Veränderungen aufwiesen (Nebenniere, Niere). Im zweiten Falle entsprach in der Lunge und in der Nebenniere die Spirochaetenzahl der krankhaften Veränderung; die stärkst veränderten Stellen beherbergten bei weitem am meisten. Aber auch hier waren Organe, die gar nicht nachweisbar oder wenig (Pankreas, Niere) verändert waren und trotzdem teilweise (Pankreas) ziemlich reichlich Spirochaeten enthielten.

Dann untersuchte G. noch Organstückchen von drei kongenital syphilitischen Kindern, bei allen drei erschien die Leber typisch syphilitisch verändert und beherbergte Spirochaeten.

Man kann wohl sagen, daß das Postulat des regelmäßigen Nachweises von Spirochaeten bei Syphilis bisher erfüllt ist. Freilich stimmen Gewebsveränderungen und Spirochaetenbefund nicht stets überein. Man braucht daraus keinen Schluß gegen die ätiologische Bedeutung zu ziehen, denn es handelt sich hier um Kinder, die an ihrer floriden Syphilis zugrunde gegangen sind. Es konnte die starke Propagation in den letzten Lebenstagen erfolgt sein und der geschwächte Organismus sich zu einer Reaktion nicht mehr aufgerafft haben. Wichtiger als die fehlenden Veränderungen erscheinen die positiven Fälle, speziell wenn in sicheren entzündlichen Herden nur Spirochaeten, keine anderen Bakterien nachgewiesen werden können (Lunge, Nebenniere und Leber von Fall II). Wenn sich also auch zurzeit aus den histologischen Untersuchungen die ätiologische Bedeutung der Spirochaeten noch nicht einwandsfrei beweisen läßt, so bilden sie doch wichtige Stützen und von ihrer weiteren Ausführung sind bald wertvolle Resultate zu erwarten, da es sich herausgestellt hat, daß geeignet (besonders in Formol) konserviertes Material noch nach Jahren die Untersuchung gestattet, und daß die Spirochaeten auch der Mazeration relativ lange stand zu halten vermögen.

Grätzer.

P. Huebschmann, Spirochaete pallida (Schaudinn) und Organerkrankung bei Syphilis congenita. (Aus dem patholog. Institut Genf.) (Berliner klin. Wochenschrift. 1906. Nr. 24.) In der Ramon y Cajàlschen Achsenzylinderdarstellung ist ein Mittel gefunden worden, um die Spirochaete pallida in tadelloser Weise in mikroskopischen Schnitten sichtbar zu machen. H. benutzte ausschließlich Paraffinschnitte. Mit der Giemsa-Färbung erhielt er keine guten Resultate, ebenso mit der van Giesonschen; bessere mit Sufranin, sehr gute mit Thionin in konzentrierter wäßriger Lösung.

H. schildert nun einen genau untersuchten Fall, der in mancher Hinsicht sehr interessant ist und zum Teil frappierende Resultate ergab. Es ließ sich mit Sicherheit die Diagnose Lues congenita stellen, wie es der Milztumor, die Knochenerkrankung, die interstitielle Pankreatitis und die Thyreoiditis klar bewiesen. Setzt man voraus, daß die Spirochaeten bei der syphilitischen Gewebsläsion eine Rolle spielen, so müßte auch ein gewisser Parallelismus zwischen Spirochaetenbefund und Organerkrankung bestehen. H. fand bei obigem Falle keine Spirochaeten in Lunge und Milz, wenige nur in Nieren, Nebennieren, Plazenta und Nabelschnur, in sehr großer Menge jedoch in Pankreas und Thyreoidea, also in den Organen, die der Hauptsitz der syphilitischen Erkrankungen waren. Die Spirochaeten bevorzugten das Bindegewebe und besonders die Gefäß- und speziell die Kapillarwandungen. Beachtenswert erschien noch die Lage der Spirochaeten in der Niere, welche die Zeichen einer leichten Nephritis bot: sehr wenige Exemplare in den Glomeruli, reichlichere in den Kapillarwandungen der Sammelröhren und zwischen den Epithelzellen der letzteren; es deutet dies eventuell darauf hin, daß die Spirochaeten durch die Nieren ausgeschieden werden können. Besonderes Interesse verdient endlich das Vorhandensein der Spirochaeten in der Plazenta, wo sie sich besonders im mütterlichen Teil fanden, jedoch auch in den Zotten und im Nabelvenenblut zutage traten. Grätzer.

H. Schlimpert, Spirochaetenbefunde in den Organen kongenital syphilitischer Neugeborener. (Aus dem Patholog. Institut des Stadtkrankenhauses in Dresden-Friedrichsstadt.) (Deutsche med. Wochenschrift. 1906. Nr. 26.) Die Ergebnisse der angestellten Untersuchungen faßt S. wie folgt zusammen:

1. Die Spirochaete pallida wurde bei Lues congenita von uns zum ersten Male nachgewiesen in: Magen, Mesenterium und Mesenterialdrüsen, Gallenblase, Ductus choledochus, peripherischen Nerven, Schilddrüse und Thymus, Tonsillen, Zunge, Wangen- und Rachenschleimhaut.
2. Die Spirochaete pallida vermag das intakte Zylinder- und Plattenepithel interzellulär zu durchdringen.
3. Sämtliche Sekrete und Exkrete des kongenital syphilitischen Neugeborenen sind als infektiös anzusehen. Grätzer.

H. Beitzke, Über Spirochaete pallida bei angeborener Syphilis. (Aus dem Pathologischen Institut zu Berlin.) (Berliner klin. Wochenschrift. 1906. Nr. 24.) B. untersuchte 16 nicht mazerierte kongenital syphilitische Kinder, außerdem mazerierte syphilitische Neugeborene. Nachdem er aber bei 5 der letzteren in Ausstrichpräparaten keine Spirochaeten hatte finden können, schloß er zunächst die sanguniolenten Toten von den weiteren Untersuchungen aus. Erst durch die später erfolgten Mitteilungen über den gelungenen Nachweis von Spirochaeten in Schnittpräparaten aus Organen mazerierter syphilitischer Kinder wurde er veranlaßt noch zwei weitere mazerierte Neugeborene zu untersuchen.

Es wurden anfangs von den Organen jedes Falles frische Abstreifpräparate in Kochsalzlösung untersucht; und in einem Falle mit positivem Resultate nach langwierigem Nachsuchen. Später begnügte sich B. mit gefärbten Ausstrichpräparaten; in einzelnen Fällen belohnte stundenlanges Suchen. Es empfiehlt sich möglichst baldige Vornahme der Färbung und Untersuchung; in alten Präparaten gelingt die Färbung viel schlechter. Von den Färbemethoden lieferte die Giemsasche die saubersten Bilder. Bezüglich der Schnittmethode war die sicherste die Levaditische, nur mußte die Zeit für Beizung und Reduktion aufs doppelte (also 6 bez. 2 Tage) ausgedehnt und alle Manipulationen bis zum Schneiden ganz im Dunkeln vorgenommen werden.

Ist nun die Spirochaete pallida wirklich der Erreger der Syphilis, dann ist zu fordern, daß sich die Spirochaeten erstens in allen Fällen von Syphilis und zweitens nur bei dieser nachweisen lassen. Unter 18 Fällen anatomisch sicherer kongenitaler Lues konnte nun B. 4 mal keine Spirochaete entdecken. Wenn man aber berücksichtigt, daß diese vier Fälle lediglich mit der nicht sehr vollkommenen Ausstrichmethode untersucht sind, und daß B., nachdem er das Silberimprägnationsverfahren benutzt, in jedem Falle Spirochaeten nachweisen konnte, so verlieren jene negativen Resultate sehr an Bedeutung. Was den zweiten Punkt anbelangt, hat B. von vier Neugeborenen, bei denen anatomisch nicht der geringste Verdacht auf Syphilis bestand, Abstrich- und Schnittpräparate aus den verschiedensten Organen untersucht, ohne eine Spirochaete zu finden; bei drei Säuglingen, deren anfangs vorhandene Syphilis unter einer spezifischen Kur vollkommen geschwunden war, und die bei der Sektion keinerlei Zeichen von Syphilis mehr boten, hat B. gleichfalls eine größere Anzahl Untersuchungen resultatlos angestellt.

Am häufigsten findet man die Spirochaeten in der Leber. Dieser Befund entspricht durchaus den Erwartungen, denn als Erreger der Syphilis mußten die Spirochaeten in die Frucht mit dem Nabelvenenblut, also zunächst in die Leber gelangen. Ferner lassen sich dieselben in den am stärksten erkrankten Partien am sichersten und in der Regel auch in größerer Anzahl nachweisen, so in den Lebergummositäten, in der weißen Pneumonie, in den Hautpapeln sowie allenthalben in der Wand der Gefäße. Scheinbar gegen eine ätiologische Rolle der Spirochaeten sprechen diejenigen Fälle, wo sie sich in Organen finden, die nicht die geringste Spur einer syphilitischen Erkrankung zeigen, so z. B. in der Nebenniere, sowie die Befunde von Spirochaeten innerhalb mikroskopisch vollkommen intakter Parenchymzellen der verschiedensten Organe. Es handelt sich hier vermutlich um agonale Einwanderung der Mikroben zu einer Zeit, wo der Organismus sich ihrer nicht mehr erwehren kann. Außerdem erinnere man sich der Tatsache, daß das syphilitische Virus bedeutend langsamer wirkt als die Erreger der akuten Infektionskrankheiten, und daß daher eine Parenchymzelle zweifellos Spirochaeten eine Zeitlang beherbergen kann, ohne anatomisch sichtbar zu erkranken. Grätzer.

Oluf Thomsen und **Ole Chievitz** (Dänen), Spirochaete pallida (Treponema pallidum) bei angeborener Syphilis. (Bibliotek

for Läger. April 1906.) Die Verf. fanden konstant Spirochaete pallida in den Organen von Kindern mit angeborener Syphilis, wenn die Kinder bis zur Geburt gelebt hatten, und wenn die Organe syphilitische Veränderungen darboten. In den Organen von mazerierten syphilitischen Früchten ist es gewöhnlich nicht möglich, die Spirochäten in Abstrichpräparaten nachzuweisen. Es besteht ein Parallelismus zwischen der Stärke der anatomischen Veränderungen und der Menge der Spirochäten. Spirochaete pallida wird in den Organen von nicht syphilitischen Neugeborenen nicht gefunden. Spirochaete pallida muß als die Ursache der anatomischen Veränderungen bei angeborener Syphilis angesehen werden.

Adolph H. Meyer (Kopenhagen).

A. Buschke und **W. Fischer**, Ein Fall von Myocarditis syphilitica bei hereditärer Lues mit Spirochätenfund. (Aus der dermatolog. Abteil. d. städt. Krankenhauses am Urban in Berlin.) (Deutsche med. Wochenschrift. 1906. Nr. 19.) Der Fall betraf ein 3 Wochen altes Kind mit schwerer, allgemeiner, hereditärer Lues, die ein besonderes Interesse durch die Beteiligung des Herzmuskels bot.

Zugleich teilen die Verf. mit, daß es ihnen jetzt gelungen ist, bei einem 6 jährigen Kinde, welches nur einen geringen Nasenkatarrh hatte, ganz sicher aber keine Hautveränderungen aufwies und ohne klinisch nachweisbare Organveränderungen war, relativ zahlreiche Spirochaetae pallidae in Blutausstrichpräparaten nachzuweisen. Dies wurde also konstatiert zu einer Zeit, wo klinisch die sichere Diagnose auf hereditäre Lues nicht gestellt werden konnte. Das Kind starb dann, und die Sektion ergab Leber- und Milzsyphilis mit Spirochäten in den Ausstrichen dieser Organe. Es ist also jedenfalls die Möglichkeit vorhanden, Spirochäten im Blute solcher Kinder nachzuweisen, bevor man mit anderen Hilfsmitteln die Diagnose zu stellen vermag. Fraglich bleibt, ob dann nicht schon die Durchseuchung des kindlichen Organismus mit Syphilisvirus soweit vorgeschritten ist, daß sich nennenswerte therapeutische Vorteile nicht mehr erzielen lassen. Immerhin erscheint es nicht ganz überflüssig, bei bestehendem Verdacht häufigere Blutuntersuchungen vorzunehmen, die dann vielleicht auch bereits zu früherem Datum verwertbare Resultate ergeben.

Grätzer.

C. Stuhl, Lues congenita im Bilde lymphatischer Leukämie bei einem Neugeborenen. (Aus der H. Koeppeschen Kinderpoliklinik in Gießen.) (Deutsche med. Wochenschrift. 1906. Nr. 16.) Bei dem 11 tägigen Kinde waren zu konstatieren: Milz- und Lebervergrößerung, diffuse Schleimhautblutungen, blasse Schleimhäute, Blutbild übereinstimmend mit dem der lymphatischen Leukämie. Es wurde letztere angenommen, zumal der Verdacht auf Lues in der Anamnese keine Stütze fand. Bei der Sektion trat eine Leberlues mit miliaren Gummis zutage, und es stand nunmehr fest, daß man es mit einer unter dem Bilde einer lymphatischen Leukämie verlaufenden Lues congenita zu tun gehabt hatte.

Grätzer.

F. Brandenberg (Winterthur), Über akute Leukämie im Kindesalter. (Korrespondenzblatt f. Schweizer Ärzte. 1906. Nr. 8.)

B. führt drei Fälle vor, bei denen die intra vitam gestellte Diagnose Morb. maculos. Werlhofii acutissimus nach eingehender kritischer Beleuchtung in akute Leukämie umgeändert werden mußte. Die Krankheitsbilder sind sehr leicht zu verwechseln, und nur eine Blutuntersuchung, die ganz unerläßlich ist, führt zum Ziel.

Der äußerst rapide Verlauf, besonders der ersten beiden Fälle, das akute Einsetzen der Krankheit, rechtfertigen wohl die Annahme, daß die akute Leukämie, ebenso wie die Purpura fulminans, zu den Infektionskrankheiten zu zählen ist. Grätzer.

A. Studer, Zur Kasuistik der Leukämie. (Aus dem Kantonspital Winterthur.) (Korrespondenzblatt f. Schweizer Ärzte. 1906. Nr. 4 u. 5.) 10jähriges Mädchen mit Lymphozytenleukämie, die 3 Monate nach dem Auftreten der ersten Symptome ad exitum führte. Therapeutisch wurden Röntgenstrahlen angewandt; Patientin wurde im Verlauf eines Monats in 15 Sitzungen 170 Minuten lang bestrahlt. Die Veränderungen des Krankheitszustandes waren unbedeutend, wobei freilich schwere Komplikationen, die sich in jener Zeit einstellten und besonders das Blutbild stark beeinflußten, eine Rolle spielen mochten.

Das Krankheitsbild zeigte überhaupt eine Reihe klinisch sehr interessanter Details, worüber im Original nachgelesen werden muß. Grätzer.

H. Flesch, Zur Frage der Röntgenbehandlung bei Leukämie. (Aus dem Stefanie-Kinderspital in Budapest.) (Deutsche med. Wochenschrift. 1906. Nr. 16.) F. führt drei mit Röntgenstrahlen behandelte Fälle vor: eine myeloide und zwei Fälle von lymphoider Leukämie. Der erste Fall war dadurch besonders interessant, daß sich nach der Behandlung aus einer myeloiden eine lymphoide Leukämie entwickelte, ein Vorgang, der nur 2mal bisher beschrieben wurde, von v. d. Wey und Türk. F.s Fall hat mit dem letzteren viele Ähnlichkeit. Auch im Türkschen Falle war im Anschluß an Arsentherapie (im F.schen an Röntgenbehandlung) innerhalb weniger Monate hochgradige Besserung im klinischen und hämatologischen Bilde zu verzeichnen, als plötzlich das ganze Blutbild in ein der akuten lymphoiden Leukämie entsprechendes überging und eine Überflutung des Blutes mit unreifen, granulationslosen, lymphoiden Zellen evident wurde.

Bei den beiden Fällen von lymphoider Leukämie hatte die Röntgenbehandlung gar keinen bzw. einen nur geringen günstigen Einfluß. Grätzer.

J. G. Hunt, Infantile Pseudoleukemic Anemia. (Jour. Amer. Med. Ass. 3. Februar 1906.) Das 15 Monate alte Kind wurde ins Spital wegen Paedatrophie gebracht. Es wog 5500 g und hatte mehrere Symptome von Rachitis. Infolge der irregulären Temperatur innerhalb der nächsten 2 Wochen untersuchte H. das Blut des Kindes und fand eine bedeutende Reduktion in den roten Blutzellen, eine konstante, gleichmäßige, starke Leukozytose mit Überwiegen der mononuklearen Zellen, eine große Menge kerniger Erythrozyten, besonders von der megaloblastischen Sorte. Der Hämoglobingehalt war äußerst ver-

mindert (30). Myelozyten — neurophile, basophyle und eosinophile — waren immer vorhanden. Der Urin enthielt etwas Albumin und wenige hyaline und kernige Zylinder. Die Sektion zeigte, daß alle Organe sehr blaß und blutlos waren. Die Milz war hochgradig vergrößert, wog 91 g, von derber Konsistenz und schieferartig-blauer Farbe. Die Malpighiankörperchen waren undeutlich, das Balkengewebe stark verdickt und bestand hauptsächlich aus Fasergewebe. Hier und da fanden sich auch einzelne längliche, dunkel gefärbte Kerne und eine mäßige Quantität von zersetztem Blutpigment. Letzteres wurde auch in allen anderen Organen beobachtet.

Verf. bespricht die Differentialdiagnose zwischen dieser Krankheit und perniziöser Anämie, Leukämie und sekundärer Anämie mit Leukozytose und betont, daß jedes Kind, das an Paedatrophie leidet, auf Pseudoleukämie untersucht werden soll. H. B. Sheffield.

Georgi, Zwei Fälle von Milzruptur. (Aus dem Stadtkrankenhaus Dresden-Johannstadt.) (Münchener med. Wochenschrift. 1906. Nr. 15.) Der erste Fall betraf ein 6jähriges Mädchen, das aus 3 Etagenhöhe herausstürzte. Nach 1/2 Stunde starke Blässe des Gesichts, schlechter Puls. Sofort Laparotomie. Milz an der Konvexität quer bis auf den Hilus eingerissen. Exstirpation. 3 Stunden post operat. Exitus im Kollaps. Es war hier die Blutung eine derart heftige gewesen, daß die Shockerscheinungen mit den Verblutungssymptomen sich innig mischten und innerhalb 1/2 Stunde eine wesentliche Verschlimmerung nachweisbar war. Bei diesen gleich mit so starker Blutung einsetzenden Fällen wird wohl meist die Operation zu spät kommen.

Im zweiten Falle handelte es sich um ein 4jähriges Mädchen, das von einer Droschke überfahren worden war, aber trotz Milzruptur gerettet werden konnte. Hier gingen zunächst die Shokerscheinungen zurück, das Aussehen wurde besser, der Puls langsamer und voller. Nach 6—8 Stunden traten ganz allmählich die Symptome einer inneren Blutung auf. Bemerkenswerterweise zeigte sich erst 10 Stunden nach der Verletzung die Bauchdeckenstarre, der Leib war bis dahin weich und eindrückbar. Eine ziemlich wahrscheinliche Erklärung für das langsame Eintreten der Verblutungssymptome ergab der anatomische Befund, indem der Riß in der Milz ein verhältnismäßig kleiner war. Unerklärt blieb das hier 2mal beobachtete Blutbrechen; wahrscheinlich handelte es sich um eine durch die Quetschung hervorgerufene Verletzung der Magenschleimhaut. Grätzer.

Petrone, Über die Anämien im Kindesalter. (La Pediatria. Mai 1905.) Verf. teilt die Anämien in die reinen und komplizierten Formen; bei ersteren unterscheidet er: Anämie vom Typus der Chlorose, charakterisiert durch globulären Wert, der niedriger ist, als in der Norm bei einer fast normalen Zahl von roten Blutkörperchen, ferner die einfache Anämie, charakterisiert durch Oligozytämie mit globulärem Wert, der zuerst normal ist oder wenig unter normal, dann aber, wenn die Regeneration des Blutes beginnt, niedriger wird, ferner die perniziöse progressive Anämie, im wesentlichen charakterisiert durch

Megalozytämie mit höherem globulären Wert als normal, beides Anzeichen einer metaplastischen Regeneration des Blutes.

Die komplizierten Anämien stellen sich als verschiedene Typen der je nach den verschiedenen Modalitäten der krankhaften Reaktionen und der verschiedenen Lokalisation derselben. Verf. gibt einen Überblick über die verschiedenen Formen. F.

Georg Freund, Zur Kenntnis der Barlowschen Krankheit (Brustkind). (Deutsch. Archiv f. klin. Medizin. Bd. 86. Heft 1—3. S. 129.) Das 7 Monate alte Kind, das während des Ausbruchs der Krankheit an der Brust einer gesunden Mutter genährt wurde, erkrankte mit einem Fall an der Stirn. Es bildete sich eine Blutbeule, die immer mehr zunahm und der bald solche Beulen an anderen Stellen folgten. Nach 14 Tagen stellten sich heftige Konvulsionen am ganzen Körper ein, denen einseitige Lähmung und Reizungserscheinungen auf der anderen Seite folgten. In diesem Zustande trat der Exitus ein.

Bemerkenswert war in diesem Falle das Auftreten der Krankheit mit dem Trauma, die Erkrankung bei einem an der Brust genährten Kinde und der plötzliche Exitus, der auf eine intrakranielle Blutung in der Hirnrindengegend zurückzuführen war. Hugo Starck.

H. Riese, Operation bei Barlowscher Krankheit. (Aus dem Kreiskrankenhause in Britz bei Berlin.) (Deutsche med. Wochenschrift. 1906. Nr. 21.)

14monatiger Knabe, zur Operation wegen akuter multipler Osteomyelitis eingeliefert. Hat eine Temperatur von fast 40° und mächtige Auftreibungen der Diaphyse des rechten Femur und der rechten Tibia in der Nachbarschaft des Kniegelenkes, und so schmerzhaft, daß das Kind auch in absoluter Ruhe fortwährend wimmerte. Auch R. dachte da zunächst an Osteomyelitis; als er aber starke blutige Suffosionen des Zahnfleisches konstatierte, wußte er, was vorlag, zumal ihm auch auffiel, daß die Schwellung am Bein absolut auf den Knochen, bzw. das Periost beschränkt war, daß die entzündliche Schwellung der tiefen Muskulatur, wie wir sie bei Osteomyelitis gewöhnlich haben, völlig fehlte, — ein für die Differentialdiagnose wichtiges Moment!

Da das Kind sehr geschwächt war, nichts genoß und nicht schlief, wollte R. erst die Schmerzen mildern, d. h. das Blut ablassen. Durch je einen bis auf den Knochen geführten kleinen Schnitt an Femur und Tibia in der Nähe der unteren bzw. oberen Epiphyse entleerte er große Mengen flüssigen, unter dem äußerst gespannten Periost liegenden Blutes und tamponierte die Wundhöhle leicht. Sofort Schmerzen weg, sehr bald auch das Fieber. Nach 3 Wochen völlige Heilung.

Wenn auch in ähnlichen Fällen Spontanheilung eintreten kann, so wäre eine solche in einem so hochgradigen Falle keineswegs sicher zu erwarten gewesen, und ein operativer Eingriff war wohl berechtigt, wenn auch vor Eingriffen bei Barlowscher Krankheit wegen der Neigung zu Nachblutungen gewarnt wird. Aber die enorme Spannung des Periosts, welche die Schmerzen hervorrief, rechtfertigte hier den Eingriff, zumal auch das Fieber wohl durch Blutresorption bewirkt wurde. Durch Entleerung des Blutes wurde denn auch beides prompt beseitigt. Die Operation ist auch nur bei ganz schweren Fällen mit sehr ausgedehnten Hämatomen indiziert, und ist hier Inzision und Tamponade zu empfehlen, nicht Punktion, da letztere eine Nach-

blutung in die subperiostale Höhle nicht sicher vermeiden läßt. Die Örtlichkeit der Hämatome gestattet, die Operation so gut wie blutleer zu gestalten, Narkose ist nicht notwendig und durch kurze Tamponade schützt man sich vor Nachblutung. Grätzer.

Senator, Zur Kenntnis des Skorbuts. (Berliner klin. Wochenschrift. 1906. Nr. 17.) Obgleich der Skorbut in der Nosographie herkömmlicherweise bei den sogenannten „Blutkrankheiten" abgehandelt wird, sind Untersuchungen des Blutes von Skorbutkranken nach den neuen, von P. Ehrlich eingeführten Methoden bis jetzt nur außerordentlich spärlich und solche der blutbildenden Organe, namentlich des Knochenmarks, der Milz und Lymphdrüsen so gut wie gar nicht gemacht worden. Diese Lücke ausfüllen zu helfen, soll die Mitteilung S.s dienen, welche ein 15jähriges Mädchen mit „sporadischem" Skorbut betrifft. Über die betreffenden Untersuchungsbefunde heißt es in der Mitteilung:

„Das Blut zeigte demnach eine gewaltige, von Tag zu Tag stetig fortschreitende Abnahme der Erythrozyten bis auf etwa ein Sechstel der Normalzahl und eine vielleicht noch etwas stärkere Abnahme des Hämoglobingehaltes, ferner eine ziemlich stetig fortschreitende Leukozytose mit entsprechender Abnahme der Lymphozyten, dann Poikilozytose, polychromatische Degeneration der Erythrozyten und Auftreten von Normoblasten, also ein Befund, wie er der schweren einfachen posthämorrhagischen Anämie von subakutem oder chronischem Verlauf entspricht. Der Befund von Myelozyten in geringer Zahl ist als Zeichen einer reparatorischen Reizung des Knochenmarks dabei nichts Ungewöhnliches, während der Befund von Megaloblasten, der auch nur ein einziges Mal hier erhoben wurde, als eine übrigens auch sonst schon bei schweren einfachen Anämien beobachtete Ausnahme zu gelten hat. Keinesfalls ist daraus auf eine andersartige Anämie oder gar Leukämie zu schließen, wogegen übrigens auch der ganz in physiologischen Grenzen liegende Gehalt an Eosinophilen und Mastzellen spricht.

Zur mikroskopischen Untersuchung kamen Milz, Lymphdrüsen, ein Oberschenkelknochen und mehrere Brustwirbel. Sie wurden in Alkohol fixiert. Schnitt- und Ausstrichpräparate ergaben in Milz und Lymphdrüsen keine Abweichung vom normalen Bau und keine Veränderung der zelligen Bestandteile. Die Marksubstanz der Wirbelkörper rot, ebenso die Epiphysen des Oberschenkels, während sie in der Diaphyse gelb war. Ausstrichpräparate, sowie Schnittpräparate, nach May-Grünwald und mit Triacid gefärbt, lassen erkennen, daß die kernlosen roten Blutkörperchen (Erythrozyten) in auffallend geringer Menge vorhanden sind, so daß der weiße Blutzellen enthaltende Anteil stark überwiegt, ohne daß die einzelnen Formen ein abnormes Mengenverhältnis zeigen. Sehr zahlreich finden sich Riesenzellen (Megakaryozyten), die zum Teil Einschlüsse von runder Form, die die Kernfarbstoffe intensiv aufnehmen (vielleicht Kerne von Erythrozyten?) enthalten." Grätzer.

Diepgen und **Schröder,** Über das Verhalten der weiblichen Geschlechtsorgane bei Hysterie, Herzleiden und

Chlorose. (Zeitschr. f. klin. Medizin. Bd. 59. Heft 2—4.) Gynäkologische, gleichzeitig mit Hysterie beobachtete Erkrankungen stellen meistens lediglich eine zufällige Begleiterscheinung dieser Neurose dar; wo sich aber ein ursächlicher Zusammenhang nachweisen läßt, spielen sie lediglich die Rolle eines auslösenden Momentes, ähnlich wie das Trauma bei der traumatischen Hysterie. Was Herzleiden anlangt, so übt ein in der Jugend akquiriertes Vitium cordis zwar auf den Eintritt der ersten Periode relativ häufig eine entschieden retardierende Wirkung aus, im übrigen aber beeinflußt er den Typus der Menstruation nur wenig. Es scheinen somit weniger die Zirkulationsstörungen für etwa beim Vitium cordis auftretende Menstruationsanomalien verantwortlich zu sein, als vielmehr die häufig gleichzeitig vorhandene Schwächung des Gesamtorganismus. Bei der Chlorose ist das Durchschnittsalter des ersten Eintrittes der Periode erheblich nach oben verschoben; indessen sprechen die klinischen Tatsachen dafür, daß nicht in der Chlorose die direkte Ursache der Menstruationsanomalien zu sehen ist, sondern daß zumeist beide einer gemeinsamen dritten Ursache ihre Entstehung verdanken, nämlich der Entwicklungsstörung im Sinne Hegars. Freyhan (Berlin).

Determann, Klinische Untersuchungen der Viskosität des menschlichen Blutes. (Zeitschr. f. klin. Med. Bd. 59. Heft. 2—4.) Die Viskosität ist eine physikalische Eigenschaft des Blutes für sich und nur in lockere Beziehungen zu anderen Eigenschaften des Blutes zu bringen. Die vom Verf. vorgenommenen Untersuchungen der Viskosität haben ergeben, daß die Viskosität bei Gesunden je nach Tageszeit, Nahrungsaufnahme und Muskelarbeit schwankt. Schwere Muskelarbeit erhöht die innere Reibung, vegetarische Ernährung scheint sie zu vermindern. Bei Bluterkrankungen findet man erhebliche Veränderungen des Viskositätsgrades, meist eine Herabsetzung. Bei CO_2-Überladung des Blutes steigt die innere Reibung; in einer Reihe von Fällen mit erhöhtem Blutdruck war sie relativ niedrig. Kalte Bäder mit guter Reaktion steigerten, warme Bäder und Einpackungen verminderten die innere Reibung. Nach elektrischen Lichtbädern mit Schweißbildung stieg sie, jedoch erfolgte durch den folgenden Kälteeingriff sofort ein Ausgleich. Venöse Stauung eines Armes verursachte eine lokale Zunahme der Viskosität. Freyhan (Berlin).

de Vicarlis (Paris), Recherches sur le sang des enfants prématurés. (Archives de méd. des enf. Avril/Mai 1906. S. 145.) Der Verf. hat im Pariser Findelhause, sowohl bei zeitig geborenen, als auch bei vorzeitigen Kindern Blutuntersuchungen vorgenommen und ist zu folgenden Schlüssen gelangt. Das Blut der vorzeitig Geborenen unterscheidet sich nicht viel von demjenigen normaler Neugeborenen, doch bietet dasselbe gewisse spezielle Charaktere. Die Zahl der roten Blutkörperchen ist beiläufig normal, oft aber auch weniger zahlreich und vermindert sich dieselbe leicht unter dem Einflusse von Infektionen, von Ikterus und Ödemen. Man findet Jugendformen und zahlreiche Makro- und Mikrozyten. Kernhaltige rote Blutkörperchen sind charakteristisch für prämature Kinder, und sind um so zahlreicher, je entfernter die Zeit der Geburt von dem nor-

malen Schwangerschaftsende war. Man kann sie bis zum zehnten Lebenstage, und auch später, finden, während sie im Normalzustande nur während der ersten zwei Lebenstage angetroffen werden. Sie erscheinen mit Leichtigkeit, falls eine Infektion stattfindet, und sind um so zahlreicher, je schwerer dieselbe ist. Im allgemeinen kann gesagt werden, daß bei Vorhandensein einer größeren Anzahl das Leben des Kindes bedroht erscheint. Obwohl die Anzahl der kernhaltigen roten Blutkörperchen in keinem direkten Zusammenhange mit der Temperatur steht, so wurde doch beobachtet, daß die Zahl derselben bedeutend zunimmt, falls die Temperatur unter das Normale sinkt.

Die Zahl der Leukozyten ist bei Prämaturen eine geringere als im normalen Zustande; dieselbe nimmt im Verlaufe von fieberhaften Krankheiten erheblich ab, und in sehr schweren Fällen findet man eine bedeutende Verminderung.

Die hämo-leukozytäre Formel ist durch ein Überwiegen der mittleren Mononuklearen und durch die Anwesenheit abnormer Elemente (Myelozyten, Mastzellen) charakterisiert. Man findet letztere selbst bei gesunden, aber vorzeitig geborenen Kindern, und würde ihre Anwesenheit die geringe Resistenz dieser Kinder gegenüber krankhaften Einflüssen erklären.

Gegenüber von Infektionen zeigt die Formel eine sehr schwache polynukleare Reaktion, was von schlechter prognostischer Bedeutung ist; hingegen findet man Übergangsformen und abnorme Elemente (kernhaltige rote Blutkörperchen mit doppeltem und dreifachem Kerne, Myelozyten und Mastzellen), als ob die blutbildenden Organe noch unvollkommen wären und nur sehr junge Formen in den Blukreislauf bringen möchten.

Die eosinophilen Polynuklearen, die sich in mittlerer Menge im Blute der betreffenden Kinder vorfinden, verschwinden, falls eine Infektion sich entwickelt, hingegen sind dieselben bei der Syphilis sehr zahlreich.

Die obigen Schlüsse können nicht als absolut gelten, da die Zahl der Untersuchungen sich nur auf einige 30 Fälle bezieht, doch haben dieselben eine gewisse klinische Bedeutung, namentlich in Anbetracht des Umstandes, daß einschlägige Untersuchungen bis jetzt nur in geringer Anzahl gemacht worden sind. **E. Toff (Braila).**

Liniger, Über Massage bei Gelenkerkrankungen. (Zeitschr. f. physikal. u. diätet. Therapie. Bd. 10. 1. Heft.) Der Verf. demonstriert an sehr instruktiven Beispielen die schädlichen Folgen von voreiligen und zu energisch ausgeführten Massagen bei Gelenkerkrankungen. Am besten ist es, Laien ganz von kranken Gelenken fernzuhalten und deren Massage nur geübten Ärzten anzuvertrauen. Gerade bei traumatischen Gelenkaffektionen tut man am besten, die Heilbestrebungen der Natur zu unterstützen und die kranken Gelenke zu schonen. Sehr wertvolle Dienste leistet die Biersche Stauungshyperämie bei einer ganzen Reihe von schmerzhaften Gelenkerkrankungen und Gelenkversteifungen; vor allen Dingen werden dadurch die Schmerzen in günstiger Weise beeinflußt und gemildert. In vielen Fällen ist es zweckmäßig, besonders bei Fingersteifigkeiten, erst einige

Stunden zu stauen, dann erst zu massieren und zu aktiven Bewegungen überzugehen. Freyhan (Berlin).

N. A. Kephallinós (Korfu), Über akuten Gelenkrheumatismus, Chorea und Endokarditis der Kinder. (Aus der Univers.-Kinderklinik in Graz.) (Wiener klin. Wochenschrift. 1906. Nr. 19.) K. verwertet statistisch 129 in der Klinik beobachtete Fälle. Im 1. Lebensjahr ist die Polyarthritis acuta sehr selten. Sie wurde bei einem 10 monatigen Säugling beobachtet, bei dem unter hohem, intermittierendem Fieber zwei Gelenke ausgesprochene akute entzündliche Erscheinungen boten, bei dem jedoch der weitere Verlauf eine Pneumokokkensepsis ergab; das Kind starb an Pneumonie. Die übrigen Fälle verteilten sich ziemlich gleichmäßig auf das 5. bis 15. Lebensjahr. Bemerkenswert war das fast vollständige Freibleiben des 2. und 3. Lebensjahres, einer Lebensperiode, die doch mit starkem Wachstum einhergeht. Das Vorkommen der Krankheit verteilte sich auf beide Geschlechter ziemlich gleichmäßig. Was die hereditären und familiären Verhältnisse betrifft, so hatten Vater und Mutter oder beide Eltern Rheumatismus überstanden in 22 von 69 Fällen, Geschwister litten oder hatten an Gelenkrheumatismus gelitten in acht weiteren von den 69 Fällen; mehrfache Erkrankungsfälle von Polyarthritis acuta in den Familien der Patienten kamen in fünf Fällen vor. In Summa lies sich bei ca. 50% das familiäre Vorkommen des Leidens erkennen. 23% der Patienten stammten von tuberkulösen Eltern ab. Das erstmalige Auftreten der Affektion fiel durchaus nicht ausschließlich, ja kaum vorwiegend in die Wintermonate, vielmehr war die Verteilung nach Monaten fast eine gleichmäßige. Die meisten Fälle verliefen entschieden leichter als bei Erwachsenen. Gerade bei den jüngeren Kindern waren die Lokalerscheinungen an den Gelenken keine besonders schweren, und die gesamte Krankheitsdauer eine kurze, im Durchschnitt eine 5 tägige. Bei manchen der älteren Kinder freilich trat ein intermittierender und protrahierter Verlauf in die Erscheinung, wobei sich die Wirksamkeit der Salizyltherapie sukzessive von Anfall zu Anfall zu vermindern schien. Von den 22 unkomplizierten Fällen starb nur einer, bei dem sich eine chronische deformierende Arthritis und endlich eine mächtige universelle Amyloidose anschloß. 7 von diesen Kindern kehrten später mit Nachschüben der Erkrankung wieder und zeigten sich mehr oder weniger invalid.

In 70% der Fälle folgte Beteiligung des Endokards nach; während von den 63 Knaben nur 28 an Endokarditis erkrankten, wurden von den 66 Mädchen 63 von Endokarditis befallen. Ein ähnliches, wenn auch nicht so auffälliges Verhalten zeigte das Vorkommen der Chorea im Gefolge der Polyarthritis, indem kaum 5% der Knaben und mehr als 20% der Mädchen jenes Leiden bekamen. Es scheint demnach das Endokard bei Mädchen eine weit höhere Disposition bzw. geringere Widerstandskraft gegenüber dem Gifte des Gelenkrheumatismus zu haben, als bei Knaben, und dasselbe ist offenbar bei dem Gebiet des nervösen Zentralorganes der Fall. Der Verlauf der Endokarditis konnte in 43 Fällen verfolgt werden, wobei sich 8 mal eine Restitutio des Herzens ad integrum nach Monaten oder Jahren

feststellen ließ, während in allen anderen Fällen organische Herzklappenfehler mit nachfolgenden Myokardprozessen entstanden.

Grätzer.

H. B. Sheffield, Akute Rheumatism in Children. (N. Y. Postgraduate Journ. Vol. XIX Nr. 4.) Von der Tatsache ausgehend, daß der Rheumatismus gleich den akuten Infektionskrankheiten verläuft, und daß die Experimente, die von verschiedenen Forschern unternommen worden sind, fast sicher feststellen, daß der Rheumatismus durch einen Mikroorganismus verursacht wird, ist Verf. verwundert, daß die Infektionstheorie des Rheumatismus noch immer nicht allgemeine Annahme gefunden habe von der Ärztewelt. Verf. ist der Ansicht, daß die so oft besprochene Diät beim akuten Rheumatismus keinen günstigen Einfluß ausübt, und empfiehlt Bettruhe und Salizylpräparate. Letztere sollen in genügend großen Dosen verabreicht werden, um das rheumatische Gift zu neutralisieren, und lange genug fortgesetzt werden, bis jede Spur der Krankheit verschwunden ist. Die Jodpräparate sind in hartnäckigen Fällen sehr dienlich.

H. B. Sheffield (Autoreferat).

E. Toff (Braila), Salit, ein neues Salizylpräparat für den äußeren Gebrauch. (Spitalul. 1905. Nr. 22.) T. teilt seine mit diesem Salizylpräparate gemachten Erfahrungen mit und ist der Ansicht, daß dasselbe mit Vorteil die sonst üblichen Salizylpräparate, Methylum salicylicum, Mesotan usw. ersetzen kann. Hauptsächlich sind es die akut rheumatischen Affektionen, welche unter Salit auffallend rasche Besserung zeigen, doch auch bei chronischen Formen wird das Mittel mit Vorteil angewendet. Die Anwendung geschieht am besten unter der Form von systematischen Einreibungen; man benutzt das Mittel entweder pur oder bei Kindern und Personen mit empfindlicher Haut gemischt mit gleichen Teilen Olivenöls. Um Hautreizungen vorzubeugen, ist es am besten, die einzureibende Fläche vorerst mit warmem Wasser, Seife und Alkohol zu waschen, da man sonst durch das Hineinreiben von Unreinlichkeiten in die Hautporen Reizungen hervorrufen kann, die man fälschlich auf das Mittel zurückführen könnte. Bei Anwendung dieser Vorsichtsmaßregeln, hat T. von Salit niemals irgendwelche Hautreizung gesehen. Toff (Autoreferat).

Weber, Stills type of chronic joint disase in children and the so-called „tuberculous rheumatism". (British. Journ. of Childrens Diseases. Vol. 11. Nr. 5. S. 208.) W. bringt die Krankengeschichte zweier Kinder mit tuberkulösem Rheumatismus. Der erste Fall betrifft einen Knaben, der im Alter von 7 $^3/_4$ Jahren erkrankte. Im Verlauf der 4 jährigen Beobachtungsdauer wurden verschiedene Gelenke befallen, daneben traten Anschwellungen der Milz und Lymphdrüsen auf; gleichzeitig wiederholten sich Fieberanfälle und es bildete sich eine Mitralerkankung aus. Die Gelenkerkrankungen heilten aus. Der zweite Fall betrifft ein Mädchen, das im Alter von 12$^1/_2$ Jahren erkrankte. Auch hier zeigten sich verschiedene Gelenke befallen, sowie eine Schwellung der Milz und verschiedener Drüsen. Es trat ebenfalls Besserung ein. W. glaubt, daß es sich in diesen Fällen um Gelenkerkrankungen handele, die hervorgerufen werden

durch Toxine, gebildet von Tuberkelbazillen, die in anderen Organen lokalisiert sind. Dafür spricht seiner Ansicht nach der positive Ausfall der Tuberkulinreaktion in dem zweiten Falle, ohne daß sich lokale Erscheinungen während derselben an den Gelenken zeigten.

Schreiber (Magdeburg).

Ch. Kokkoris (Athen), Tuberkulöser Rheumatismus. (L'Orient médical. 1906. Nr. 1.) Der Verf. hat zwei Fälle beobachtet, welche das Bild eines akuten Gelenkrheumatismus darboten und in die Reihe der zuerst von Poncet (Lyon) und seinen Schülern beschriebenen tuberkulösen Gelenkrheumatismen zu setzen wären. In dem einen Falle handelte es sich um ein 18jähriges Mädchen, welches einige geschwellte Lymphdrüsen am Halse hatte, von denen eine in Eiterung überging, eröffnet und ausgekratzt wurde. Heilung. Ein Jahr später traten Erscheinungen von akutem Gelenkrheumatismus auf, die nacheinander alle großen Gelenke befielen. Es bestand große Schwellung, hohes Fieber, bedeutende Schmerzhaftigkeit. Alle Salizylpräparate und andere antirheumatischen Medikamente blieben ohne jedweden Einfluß auf den Krankheitsprozeß, welcher mit Exazerbationen und Remissionen viele Monate andauerte. Nach vollständiger Heilung waren die Gelenke wieder frei beweglich wie früher, doch trat nach kurzer Zeit in schleichender Weise eine exsudative Pleuritis, dann Lungentuberkulose (mit Kochschen Bazillen) auf, endlich erfolgte das letale Ende. Die zwischen zwei, sicher tuberkulösen Krankheitserscheinungen eingeschobene Gelenkserkrankung war also sicherlich ebenfalls tuberkulöser Natur, in welcher Annahme man noch durch das vollständige Versagen der Salizylpräparate bestärkt wird.

Der zweite Fall betraf ein 14jähriges Mädchen, welches von einer tuberkulösen Mutter abstammte und im Alter von $1\frac{1}{2}$ Jahren eine akute Entzündung des rechten Hüftgelenkes mit hohem Fieber durchgemacht hatte. Auch hier blieben Salizylpräparate ohne Erfolg, doch ging die Krankheit in Heilung über und es blieb nur eine unbedeutende Ankylose und leichtes Hinken zurück. Nach einiger Zeit trat eine ähnliche Gelenkaffektion am rechten Knie auf und verschwand ohne Spuren zu hinterlassen. Endlich vor kurzem, nach einem Trauma, welches den rechten Trochanter getroffen hatte, entwickelte sich ein Tumor albus des betreffenden Gelenkes, welches zur Fistelbildung führte und nach Auskratzung, Einspritzungen von Jodglyzerin, Chlorzink usw. ausheilte. Also auch hier konnte angenommen werden, daß die in der Kindheit durchgemachten, akuten Gelenkerkrankungen tuberkulöser Natur waren. E. Toff (Braila).

Hans Herzog, Beitrag zur Kenntnis der Pneumokokkenarthritis im ersten Kindesalter. (Jahrb. f. Kinderheilk. Bd. 63. Heft 4.) Drei Fälle von Pneumokokkenarthritis, sowie zahlreiche (25) ähnliche Beobachtungen der Literatur weisen darauf hin, daß im frühen Kindesalter die Gelenke ebenso für Pneumokokkeninfektion prädisponiert sind, wie andere seröse Häute, Pleura, Peritoneum, Perikard und die Meningen. Die Ursache liegt in den eigentümlichen Wachstumsverhältnissen der jugendlichen Knochen. Pneumokokken-

arthritis ohne vorausgehende nachweisbare Lungenaffektion wird fast ausschließlich bei Kindern in den ersten Lebensjahren beobachtet. Eine Erklärung für diese Tatsache ist in dem diesem Alter eigenen sehr häufigen Auftreten von Paukenhöhlenerkrankung (mit Pneumokokken als Erregern) zu suchen.

Der eine mitgeteilte Fall widerspricht der Ansicht von Bichat und Göpfert, daß bei schweren Pyoseptikämien mit multiplen Gelenkaffektionen nicht der Pneumokokkus oder doch zum mindesten nicht der Pneumokokkus allein in Reinkultur gefunden wird.

Das klinische Bild der Pneumokokkenarthritis ist charakteristisch und unterscheidet sich vielfach von den durch andere Bakterien erzeugten Arthritiden. Statt das immerhin seltene Krankheitsbild zu verwischen durch Unterscheidung in Pneumokokken-Ostitis-Osteoperiostitis, -epiphysäre Osteomyelitis und -Arthritis schlägt H. vor, die einfache Bezeichnung: Pneumokokkenarthritis beizubehalten, für alle Fälle, in welchen die Gelenkerkrankung das Krankheitsbild beherrscht und in denen es sich nicht entscheiden läßt, ob die Erkrankung des Knochens primär oder sekundär war. Die Bezeichnung Pneumokokkenarthritis läßt sich um so mehr rechtfertigen:

a) da es sogar bei der Arthrotomie oft nicht gelingt, vorhandene Knochen- bzw. Knorpeldefekte zu finden;

b) weil sowohl Knochen- wie Knorpeldefekte als auch beide zusammen vorkommen können, so daß man fast jeden überhaupt vorkommenden Fall anders benennen müßte;

c) weil diese Knochen- bzw. Knorpelveränderungen das therapeutische Handeln fast gar nicht beeinflussen, da Ausstoßung von Sequestern nicht zu befürchten ist. Von größter praktischer Wichtigkeit ist bei der Diagnose der Pneumokokkenarthritis die rechtzeitige Probepunktion und bei der Behandlung die möglichst frühzeitige Arthrotomie.

Hecker.

J. L. Porter, Arthritis Deformans in a Boy 10 years old. (Archives of Ped. Bd. 23. Nr. 2.) Das Leiden fing vor 5 Jahren an mit fortwährenden Schmerzen und Geschwulst am rechten Fußgelenk. Kurz darauf wurden auch die Hände und Armgelenke angegriffen. Die Krankheit erstreckte sich dann allmählich auch auf die Schulter- und Kniegelenke, so daß jetzt fast alle Gelenke betroffen sind. Infolge der Verdickung der Knochen an den Gelenken ist der Junge verhindert zu gehen oder irgend etwas zu tun, ja selbst Rotation des Kopfes ist unmöglich, insofern eine Ankylose der Nackenwirbelgelenke besteht. Die völlige Untätigkeit der Glieder führte bedeutende Atrophie und Kontraktionen der Muskeln herbei und dadurch sehr bedeutende Deformitäten der Extremitäten.

Verf. glaubt durch heiße Dämpfe, Massage, diätetische Behandlung und eventuell chirurgisches Verfahren diesen Fällen etwas Hilfe schaffen zu können; im allgemeinen ist aber die Prognose sehr trist.

H. B. Sheffield.

A. Wimmer (Däne), Zwei Fälle von angeborenem Muskelleiden bei Kindern. (Nordisk Tidsskrift for Terapi. 1906. Bd. 4.

Heft 7.) Es handelte sich im ersten Falle um eine angeborene, progressive, symmetrische, wesentlich proximale, atrophische Extremitäts- und Trunkusparese mit anfangender Degenerationsreaktion bei einem 16 Monate alten Kinde.

Der Fall war Oppenheims Myotonia congenita ähnlich, aber die Degenerationsreaktion und die Progression deutete an die Werding-Hoffmannsche Krankheit, obgleich das Leiden angeboren und nicht hereditär war. Ein ähnlicher Fall wurde von Beevor (Brain. 1902. S. 85) veröffentlicht. Thyreoidinbehandlung schien Besserung hervorzurufen.

Fall II erinnerte sowohl klinisch als pathologisch-anatomisch an Charcot-Marie-Trooths Typus (Hoffmanns progressive neurotische Muskelatrophie), aber das Leiden war angeboren und der Patient imbezill. Hoffmann beschrieb 1895 (Deutsche Zeitschrift für Neurologie. Bd. 6. S. 150) ähnliche Fälle, aber im vorliegenden Fall war Druckempfindlichkeit der peripheren Nervenstämme, Ataxie und Rombergs Symptom vorhanden, sowie in den von Déjerine-Sottas-Brasch (Deutsche Zeitschrift für Neurologie. 1904. Bd. 26. S. 302) publizierten Fällen von névrite interstitielle hypertrophique et progressive de l'enfance. Bei dem 16 jährigen Patienten wurde mit Erfolg eine myoplastische Operation vorgenommen.

Adolph H. Meyer (Kopenhagen).

P. Urbach, Schwielenbildung im Musculus subscapularis. (Aus dem Rudolfinerhause Wien-Döbling.) (Wiener klin. Rundschau. 1905. Nr. 46.) U. beschreibt folgenden Fall, der als Analogon des Schiefhalses in einem anderen Muskelgebiete betrachtet werden kann.

Ein 12jähriger Knabe war bis auf eine vor 5 Jahren durchgemachte Skarlatina stets gesund. Vor 2 Jahren stellten sich ohne bekannte Ursache Schmerzen in der linken Schulter ein, welche in den Arm ausstrahlten, die Bewegungen im linken Schultergelenk wurden immer mühsamer und eingeschränkter, bis sie sich schließlich auf ein für den Gebrauch der Extremität ganz unzulängliches Ausmaß reduzierten. Fieber bestand niemals. Ein Jahr nach seiner Erkrankung wurde der Knabe in einem auswärtigen Spital operiert. Welcher Art die Operation war, konnte nicht eruiert werden; eine Besserung soll dadurch nicht erzielt worden sein.

Status praesens. Etwas schwächlicher Knabe, an den inneren Organen normaler Befund. Er hält den linken Arm an den Thorax adduziert, zieht die linke Schulter empor, wodurch eine noch stärkere Adduktion der Skapula gegen den Humerus ermöglicht wird als bei geradestehender Schulter; die rechte Hand hält den linken Arm beim Ellbogen unterstützt; jede Bewegung am Schultergelenk wird ängstlich vermieden. Der Arm ist stark proniert, so daß das Tuberculum majus nicht lateral, sondern nach vorn sieht. In der hinteren Achselfalte sieht und fühlt man einen derben harten Strang, der von der Skapula zum Humerus zieht. Diesen Strang entlang verläuft eine 8 cm lange Narbe (von der früheren Operation herrührend). Das Röntgenbild zeigt am Schultergelenk selbst keine abnormen Verhältnisse; zwischen dem Schatten der Skapula und des Humerus breitet sich ein sehr zarter, unscharf begrenzter Schattenstreifen aus; er geht bis nahe ans Gelenk; seine Breite beträgt ca. 4 cm. Bei Prüfung der Beweglichkeit findet man, daß Rotation, Abduktion und Adduktion im Schultergelenk völlig aufgehoben ist; beim Versuch dieser Bewegungen geht die Skapula mit. Elevation des Armes nach vorne ist in geringem Grad (10°) ausführbar. Jeder Bewegungsversuch verursacht heftige Schmerzen. Die Muskeln der Extremität zeigen eine geringe Inaktivitätsatrophie, Ellbogen und Handgelenk sind frei.

Bei der Operation, die dann ausgeführt wurde, fand man den M. subscapularis durch ein derbes, beim Einschneiden knirschendes Narbengewebe fast völlig substituiert.

Es handelte sich um eine sogenannte Myositis fibrosa. Da erst der Endausgang der Erkrankung zur Beobachtung gelangte, konnte ein Urteil über die Ätiologie, die hier überhaupt noch recht unklar ist, nicht gefällt werden. Grätzer.

A. Broca (Paris), Entzündete Schwiele der Hohlhand. Interdigitale Lymphangitis mit Ausbreitung auf den Handrücken. (Revue d'obst. et de paediatrie. Mai 1905.) Im Anschlusse an einen vorgestellten Fall, einen 14 jährigen Knaben betreffend, bespricht B. die Symptome und die Behandlung dieser praktisch wichtigen Erkrankung. Die Hauptsymptome sind: Ödem und Schwellung auf dem Handrücken, hauptsächlich an einer interdigitalen Kommissur und an der Seite der ersten Phalanx eines Fingers. An der Hohlhand und am Hauptsitze der Entzündung, welche auf der Infektion des unter der Schwiele gelegenen serösen Beutels beruht, sieht man wenig oder gar nichts. Höchstens findet man eine gewisse Resistenz und besondere Schmerzhaftigkeit beim Versuche, den betreffenden Finger zu strecken, und der Druck auf den Metakarpuskopf, über welchem sich gewöhnlich die Schwiele befindet, ist schmerzhaft. Hier muß auch die Inzision gemacht werden, um den Eiter zu entleeren und die Affektion rasch zur Heilung zu bringen. Läßt man sich verleiten und an der am meisten geschwollenen und roten Stelle am Handrücken einzuschneiden, so kann der Eiter sich nicht vollständig entleeren, derselbe kann sich weiter gegen die Hohlhand ausbreiten und der Kranke eine schwere Schädigung seiner Hand davontragen. Das Ganze beruht auf einer Lymphangitis, die, von einer infizierten Fingerwunde ausgehend, sich bis in den unter der Schwiele gelegenen Schleimbeutel erstreckt und hier zur Bildung einer phlegmonösen Entzündung führt. E. Toff (Braila).

J. Hallé, Phlegmon gazeux développé au cours de la varicelle. (Archives de méd. des enf. Novembre 1905.) Das betreffende 4 $^1/_2$ jährige Mädchen war seit 3 Tagen an Varizellen erkrankt, als man eine starke Schwellung und Röte zwischen den Beinen, namentlich links, bemerkte. Es entwickelte sich eine bretthart Phlegmone, welche sich über das große linke Labium auf die linke Bauchhälfte bis zum Nabel und über die Gegend des linken Scarpaschen Dreiecks erstreckte. Die Temperatur stieg an, der Allgemeinzustand war ein sehr schlechter und verschlimmerte sich noch, als man eine kleine Inzision über dem ergriffenen Labium machte. Auch spätere Einschnitte hatten keine Besserung zur Folge, hingegen trat eine charakteristische Gangrän mit Krepitation in der Tiefe und an den Rändern auf, während der Allgemeinzustand sich immer mehr verschlimmerte, so daß man das tödliche Ende erwartete. Nachdem die Phlegmone bis in die linke Achselhöhle gedrungen war, wurde ein Rückschreiten des Prozesses beobachtet, die befallenen Teile stießen sich ab, die Granulation setzte rasch ein, und, nachdem vorübergehend auch ein Erysipel mit neuerlicher Temperatursteigerung aufgetreten war, konnte die kleine Patientin, nach 2 $^1/_2$ monatiger Krankheitsdauer, geheilt entlassen werden. Die Behandlung hatte

in feuchten, dann trockenen Umschlägen und Drainierung durch tiefe Einschnitte der befallenen Teile bestanden.

Die bakteriologische Untersuchung und die vorgenommenen Kulturen ließen folgende Bakterienarten in den gangränös erkrankten Teilen nachweisen: 1. und 2. Den Bazillus funduliformis und den Baz. nebulosus, die von H. in der Vagina und den Abszessen der Bartholinischen Drüse nachgewiesen worden und dessen Rolle bei fötiden und gangränösen Eiterungen durch zahlreiche Beobachtungen auch von anderen Forschern bestätigt worden ist. 3. Den Diplococcus reniformis, den Cottet in Urinabszessen aufgefunden hat; derselbe ist dem Gonococcus ähnlich, doch ebenso wie die zwei vorhergehenden Arten, anaerober Natur. Endlich 4. einen anaeroben, dünnen, verzweigten Organismus, den man nicht weiter verfolgen konnte, da er in der zweiten Kultur abstarb.

Die Beobachtung dieses Falles ist aus mehrfachen Gründen interessant; einerseits ist es der erste Fall von Heilung gangränöser Varizellen, wobei man an stattgehabte schwere gangränöse Phlegmone und nicht an die oft vorkommenden Windpocken mit leicht gangränösen Erscheinungen der einzelnen Pusteln zu denken hat. Andererseits konnte eine genaue bakteriologische Untersuchung der steril entnommenen Sekrete vorgenommen werden und hierbei stellte es sich heraus, daß gasebildende Gangränen nicht nur infolge des Vibrio septicus von Pasteur, sondern auch infolge der obenerwähnten Mikroben zustande kommen können. E. Toff (Braila).

H. Rubritius, Die Behandlung akuter Entzündungen mit Stauungshyperämie. (Beitr. zur klin. Chir. Bd. 48. Heft 2. 1906.) R. berichtet über die in der Prager Klinik gemachten Erfahrungen mit Bierscher Stauungshyperämie. Er empfiehlt sie bei Panaritien, Phlegmonen, infizierten Wunden, Lymphangitiden, Abszessen und Furunkeln uneingeschränkt mit oder ohne kleinen Inzisionen. Er warnt jedoch vor der Anwendung bei bestehender septischer Allgemeininfektion. Zwei Kniegelenkseiterungen endeten letal, bei einer komplizierten Fraktur wurde die sekundäre Phlegmone durch Stauung verschlimmert. Vulpius-Ewald (Heidelberg).

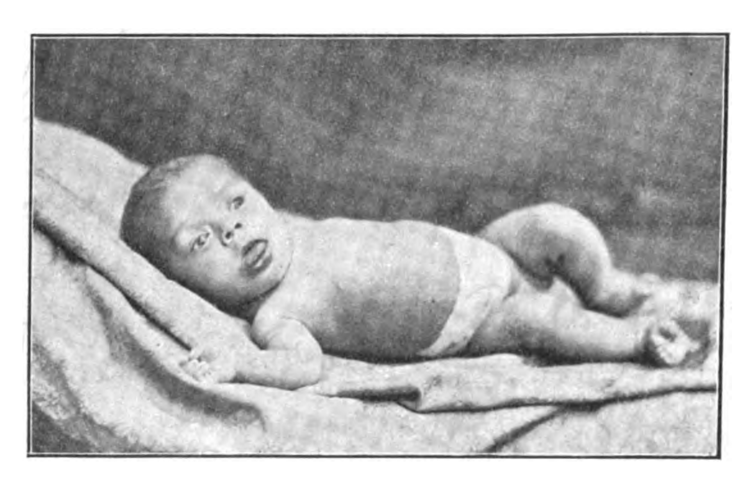
Ernö Deutsch, Von der Spiegelschrift. (Orvosi hetilap. 1905.) Verf. beleuchtet kritisch die ganze Literatur der Spiegelschrift und kommt auf das Endresultat, daß die Spiegelschrift Spiegel einer kranken Seele ist. Diese Ansicht stützt er mit seinen auf 295 Kindern basierenden Untersuchungen. Unter den 295 Untersuchten waren 200 Vollsinnige und 95 Taubstumme. Auf 200 vollsinnige Waisenknaben fallen 14, auf 95 taubstumme Zöglinge 19 mit Spiegelschrift Behaftete. Die Untersuchung wurde anf solche Weise durchgeführt, daß jeder Zögling auf dem Katheder, von den Genossen ungesehen, seinen Namen mit linker Hand auf einen Streifen Papier verzeichnete. Unter den 14 Waisenknaben besuchten 5 die III. Normalklasse, 5 die I. und 4 die III. Bürgerschulklasse. 4 lernten schlecht, 5 mäßig, 5 gut. 7 der Kinder waren überaus leicht erregbar, nervös, unfolgsam. 2 Zöglinge sind Onanisten, 2 nervös, 2 tuberkulös-hereditär belastet. Bei 10 Kindern fand D. Anämie, bei 3 lymphatischen Habitus,

Weisz Miklós

bei 8 konnte er gesteigerte Reflexe hervorrufen, 4 litten an Migräne, Vegetationes adenoideae und Hypertrophia tonsillarum entdeckte er bei 2 Kindern. Unter den 19 Taubstummen waren 16, bei denen das Übel angeboren war, 5 waren hereditär belastet, 2 Idioten, nur 4 lernten gut, die anderen schlecht. Die Schriftproben sind beigegeben.

Autoreferat.

Ernö Deutsch, Fall von Cretinismus sporadicus mit Richterschen Thyreoidtabletten behandelt. (Orvosi hetilap. 1906.) Wie aus der Photographie ersichtlich, ist das 4 Monate alte



Kind ein typischer Kretin. Das zweite Bild zeigt den Säugling nach 3monatiger Behandlung mit Richterschen Thyreoidtabletten; das



Kind macht den Eindruck eines normalen Säuglings. Es wurden $\frac{1}{2}$—$1\frac{1}{2}$ Tabletten mit Unterbrechungen verabreicht. Unangenehme Unfälle zeigten sich nicht im Verlauf der Medikation. Autoreferat.

Jean N. Georgiadès (Athen), Behandlung der diffusen Phlegmonen bei Kindern. Umschläge mit Schwefeläther. (L'Orient médical. 1906. Nr. 1.) Das Prinzip diffuse Phlegmonen chirurgisch zu eröffnen, gibt nicht immer gute Resultate, vielmehr

sind, namentlich im Kindesalter, die Fälle nicht selten, wo der lokale Prozeß hierdurch nicht besser wird, das allgemeine Befinden stetig schlechter wird und schließlich das tödliche Ende erfolgt. Dies hat den Verf. veranlaßt die phlegmonösen Entzündungen nicht zu eröffnen, sondern mit Kompressen von Schwefeläther zu behandeln, und sind die hiermit erzielten Resultate gegenüber den mit der chirurgischen Methode erzielten um vieles besser. Von 9 Kindern mit diffusen Phlegmonen, welche operiert wurden, starben 6, während die übrigen eine sehr lange Rekonvaleszenz durchmachten; hingegen unter 27 Kindern, die mit Ätherumschlägen behandelt wurden, endete keines tödlich. Die betreffenden Umschläge werden derart ausgeführt, daß die erkrankte Gegend gewaschen, eventuell rasiert und desinfiziert wird und hierauf ein in Aether sulf. getauchtes Wattestück auf dieselbe gelegt, hierauf mit einer trockenen Watteschicht und einem Stück Wachsleinwand oder Guttaperchapapier bedeckt und das Ganze mit einer Binde befestigt wird. Kurze Zeit hierauf bemerkt man einen erheblichen Temperaturabfall, Nachlassen der Schmerzen, Verkleinerung des Tumors, Abblassen der Röte usw. bis zur vollständigen Heilung. Mitunter bleibt an Stelle des Abszesses eine seröse Flüssigkeit, welche nach 3—4 Tagen spontan resorbiert wird. E. Toff (Braila).

A. Broca (Paris), Les mammites dans l'enfance. (Revue prat. d'obst. et de paed. Janvier-Février 1905.) Entzündungen der Mamma werden bei Kindern nicht selten beobachtet, namentlich während der ersten Tage nach der Geburt und der Pubertät. In seltenen Fällen kommt es auch zur Entwicklung von Abszessen, in der Art jener während der Laktation auftretenden. In beiden Zeitabschnitten ist die Brustdrüse in einem Zustande erhöhter Entwicklung und verschiedene Reize können zu Entzündungen der Drüsensubstanz, der Lymphwege, der entsprechenden Achseldrüsen und, falls Infektionen dazwischen kommen, zu Vereiterungen führen. Bei einem $14^1/_2$ jährigen Mädchen, welches B. wegen letzterer Affektion zu behandeln Gelegenheit gehabt hatte, war infolge eines Stoßes zuerst eine Entzündung der Brustdrüse und im weiteren Verlaufe, infolge von unreinen Kratzwunden der Brustwarze, eine eitrige Mastitis aufgetreten, wegen welcher operativ eingegriffen wurde. In letzterer Beziehung empfiehlt B. aus kosmetischen Gründen den Einschnitt an der unteren Seite der Brustdrüse, in der Falte, vorzunehmen und so den Eiterherd indirekt vom gesunden Gewebe aus zu eröffnen und zu drainieren. E. Toff (Braila).

N. Bardescu (Bukarest), Die Bothriomykose beim Menschen. (Spitalul. 1905. Nr. 9.) Die Krankheit ist parasitärer Natur und wurde von Bolingher im Jahre 1870 unter dem Namen Kastrationsschwamm beschrieben, während die ersten Fälle beim Menschen erst im Jahre 1897 von Poucet und Dor in Frankreich, Faber und Teu Siethoff in Holland bekannt gemacht wurden.

Im allgemeinen wird die Krankheit selten beobachtet und ist eine sichere Diagnose nur auf Grund der mikroskopischen Untersuchung zu stellen. In dem von B. beobachteten Falle, einen 7 jährigen Knaben betreffend, der mit einer Nagelfeile in die Kuppe der dritten

linken Zehe gestochen wurde, entwickelte sich eine schmerzlose, etwa haselnußgroße, ulzerierte Geschwulst, welche operativ entfernt wurde und nicht mehr rezidivierte. Die Untersuchung derselben ergab einen elastischen, auf dem Durchschnitte weißen, keinen Saft gebenden Tumor, welcher mikroskopisch als zum großen Teile von embryonalem Bindegewebe gebildet erschien. In demselben fand man zahlreiche Herde, welche an die für Aktinomykose charakteristischen erinnerten, doch fehlten die Aktinomyzeshacken. In der zentralen, helleren, wenig gefärbten Zone waren zahlreiche, mit Gram stark gefärbte Staphylokokken, welche stellenweise wie Diplokokken aussahen. Die Kulturen ergaben einen gelblichen Staphylokokkus, welcher die Gelatine verflüssigte und einen dicken Satz auf den Boden der Proberöhre bildete. Inokulationen auf Kaninchen riefen meistens Eiterung hervor; bei einem der Versuchstiere bildete sich ein erbsengroßer Tumor, welcher mit der Zeit verschwand.

Möglicherweise handelt es sich in diesen Fällen um einen Staphylokokkus, welcher in seinen Eigenschaften durch verschiedene Umstände verändert worden ist und so zu einer charakteristischen Tumorenbildung führt. Die Geschwulst bleibt an der Impfstelle lokalisiert, stört nur durch ihre Größe, welche diejenige einer Nuß erreichen kann und bewirkt sonst kein Leiden. E. Toff (Braila).

N. Nestor und **St. Calu** (Bukarest), Staphylokokkenthrombophlebitis des Sinus cavernosus. (Spitalul. 1905. Nr. 17.) Die Schwere, tödlich endigende Erkrankung war von einem Hordeolum ausgegangen. Man konnte sowohl aus demselben, als auch aus dem retrobulbären Venenplexus, dem Sinus cavernosus, welcher auch Thrombenbildung darbot, und endlich auch aus mehreren eitrigen Lungeninfarkten, den Staphylococcus pyogenes aureus züchten. Die Symptome bei dem 10jährigen Knaben hatten folgenden Verlauf genommen: 7 Tage vor der Aufnahme ins Krankenhaus war ein Gerstenkorn des linken oberen Augenlides erschienen, 5 Tage später war das Auge stark geschwellt und schmerzhaft, die Lider konnten nicht geöffnet werden und es bestand starke Chemosis. Unter Entwicklung meningitischer Symptome, traten ähnliche Erscheinungen auch am rechten Auge auf und nach weiteren 3 Tagen erfolgte der Tod.

E. Toff (Braila).

A. Filia (Rome), Quelques cas de sérothérapie antistreptococcique. (Archives de méd. des enf. 1905. Nr. 7.) Die klinischen Erfahrungen, welche mit dem Antistreptokokkenserum gemacht wurden, sind noch keineswegs als abgeschlossen zu betrachten, doch wenn auch die einen es enthusiastisch loben, so sprechen wieder die anderen demselben jedweden Wert ab. F. glaubt, daß die Verschiedenheit in der Pluralität der Streptokokkenarten liege, so daß nur ein solches Serum praktisch verwendbar wäre, welches von solchen Tieren stammen würde, die gegen verschiedene Streptokokkenarten immunisiert worden wären. Die an der Klinik von Concetti in sechs Fällen verschiedenartiger Streptokokkeninfektion bei Kindern mit dem vom Pasteurschen Institute bezogenen Marmorekschen Antistreptokokkenserum gemachten Erfahrungen sind keineswegs er-

muntemd, da drei tödlich endeten, während die anderen zwar eine Besserung darboten, doch trat dieselbe nicht unmittelbar im Anschluß an die Serumeinspritzung auf. Nichtsdestoweniger, da diese Sera unschädlich sind, könnte man dieselben neben den übrigen medikamentösen und chirurgischen Maßnahmen in Anwendung ziehen, mit der Hoffnung, daß es sich in dem gegebenen Falle um die betreffende Streptokokkenart handle und man also einen spezifischen Erfolg erzielen könnte. E. Toff (Braila).

v. Brunn (Tübingen), Über die Stauungsbehandlung bei akuten Entzündungen nach den bisherigen Erfahrungen der v. Brunsschen Klinik. (Bruns Beiträge z. klin. Chirurgie. Bd. 46. Heft 3.) In der Brunsschen Klinik hat sich die von Bier angegebene Stauungsbehandlung als sehr brauchbar zur Behandlung akuter Entzündungen des Zellgewebes erwiesen. Besonders günstig beeinflußt wurden Anfangsstadien sowie die schweren und progredienten Fälle, weniger beeinflußt wurden die Fälle, bei denen bereits eine Knochennekrose vorlag. Auffallend ist das relativ sehr häufige Auftreten von Erysipel, die Verf. auf Veränderung der Lymphspalten durch das Stauungsödem schiebt. Vulpius-Ottendorf (Heidelberg).

Eugen Fraenkel, Über Allgemeininfektionen durch den Bac. pyocyaneus. (Virchows Archiv. Bd. 183. Heft 3.) F. hatte Gelegenheit im Verlaufe von ca. 10 Jahren vier Fälle von Pyocyaneusinfektion zu untersuchen. An der Hand dieser Fälle und der relativ spärlichen, einwandfreien der Literatur entwirft er das klinische und pathol.-anat. Bild dieser Infektion. Es sind zwei Formen zu unterscheiden: 1. Eine exquisit chronische, die bisher erst einmal beobachtet wurde und eine ältere Frau betraf. Die Krankheit verlief unter dem Bilde eines chronischen Gelenkrheumatismus und hatte manche Ähnlichkeit mit chronischem Rotz. 2. Eine akute, meist Kinder — Säuglinge —, aber auch Erwachsene befallende. Meist handelt es sich um heruntergekommene, durch andere überstandene Krankheiten geschwächte Individuen, bei denen als charakteristischstes, aber nicht pathognomonisches Symptom Hämorrhagien, besonders der Haut, auftreten, die sich hier bei Fortdauer der Gewebsschädigung bald in hämorrhagische Blasen umwandeln. Dabei besteht sehr hohes unregelmäßiges Fieber; Erscheinungen von seiten der Lungen sind meist vorhanden. Meist besteht ein Milztumor. — Pathologisch-anatomisch am auffallendsten sind kleine infarktähnliche Herde in den Nieren, der Milz und Magenschleimhaut, die auf einer Verstopfung der zuführenden Gefäße oder deren Lymphbahnen durch enorme Mengen des Bazillus beruhen. Auch anatomisch ist der Befund nicht eindeutig; deshalb kann nur durch die bakteriologische Untersuchung der Organe, vor allem aber des Blutes, der positive Nachweis einer Pyocyaneusinfektion erbracht werden. Dieser ist aber beweisend, da postmortale Verunreinigungen des Blutes mit Pyocyaneus so selten sind, daß sie kaum in Betracht kommen. Bennecke (Jena).

II. Aus Vereinen und Versammlungen.

Gesellschaft für innere Medizin und Kinderheilkunde in Wien.

(Pädiatrische Sektion.)

Sitzung vom 10. Mai 1906.

Drey stellt ein 7 jähriges Mädchen mit **Rachitis tarda** vor. Innerhalb 4 Monaten — solange dauert die Erkrankung — haben sich starke Verkrümmungen der Tibien und Epiphysenauftreibungen ausgebildet. Dabei bestanden starke Schmerzen beim Gehen.

D. hat im Verlaufe von 20 Jahren unter ca. 50000 rachitischen Kindern nur 5 Fälle von Rachitis tarda gesehen. In solchen Fällen kommt es zu besonders hochgradigen Deformitäten und vielfachen Infraktionen.

Die eigentliche Spätrachitis bezeichnet D. im Gegensatze zur ebengenannten Form als Rachitis adolescentium. An dieser erkrankten gesunde Kinder oder vollkommen ausgeheilte Rachitiker in späteren Lebensjahre unter typisch rachitischen Symptomen.

Kassowitz bemerkt in der Diskussion, daß er eine Anzahl von Fällen der zweiten Gruppe gesehen habe. Gewöhnlich waren es Mädchen zwischen 12 bis 15 Jahren. Auffällig war K. die rasch vorsichgehende Auftreibung der Epiphysen, sowie die intensiven Verkrümmungen die Tibia. Man findet auch meist starke Schmerzhaftigkeit der Handgelenke. K. zählt auch den schmerzhaften Plattfuß und das bei stehender Beschäftigung in der Pubertätszeit akut auftretende Genu valgum.

Lehndorff demonstriert einen Knaben mit etwas verlängertem und verdicktem Präputium als **kongenitale Elephantiasis des Präputiums.**

Friedjung betont, daß die Lymphgefäße der Genitalgegend eine besondere Disposition zu Stauungen haben, da man so häufig Ödeme ohne nachweisliche Ursache findet.

Knöpfelmacher führt die Häufigkeit der Ödeme bei Neugeborenen auf Stauung während der Geburt zurück.

Zappert meint im Sinne der Theorie Halbans, daß plazentare Einflüsse an der Tendenz zu Ödembildung bei Schwangeren und Neugeborenen Schuld seien, ähnlich wie die Sekretion der Brustdrüse bei Mutter und Kind gleichzeitig in Erscheinung trete.

Hochsinger demonstriert ein Kind mit **Morbus caeruleus** (kongenitalem Herzfehler).

Spieler zeigt das Präparat eines kongenitalen Vitiums: **Transposition der großen Gefäße und Cor biloculare simplex.**

Patient starb an Meningitis tuberculosa, was deswegen interessant erscheint, als dieser Fall beweist, daß Cyanose die tuberkulöse Infektion nicht ausschließt.

Zum Schluß sprach Dehne über Organisation und Erfolge der Schutzstelle des Vereins „Säuglingsschutz“ in Wien.

Wie in früheren Referaten ausgeführt, verfolgt die Schutzstelle zwei Zwecke. Sie vereinigt die Tätigkeit der „consultations des nourissons“ und der „dispensaires“.

Gegenwärtig stehen 482 Kinder in der Obhut der Schutzstelle, etwa die Hälfte der Kinder sind Brustkinder, deren Mütter als Stillprämie 1 l Vollmilch oder 2 l Magermilch täglich zu eigenem Gebrauche erhalten.

Die künstlich ernährten Kinder erhalten die Milch trinkfertig in Fläschchen abgeteilt (Verdünnung 1 : 1, 1 : 2 oder Vollmilch). Im Laufe des vorigen Jahres wurden über 800 Kinder verpflegt. Szekely-Milch erhielten 61 Kinder mit durchschnittlich sehr gutem Erfolge. Auch die Ernährung mit Buttermilch ergab befriedigende Resultate.

Von 439 Brustkindern starben 6,7 %, von 430 Kuhmilchkindern 18,6 %.

Von großer Wichtigkeit erscheint das günstige Resultat der Zwiemilchernährung (Brust- und Kuhmilch). Die Mortalität beträgt nur 7,5 %, eine Zahl, die der Prozentzahl der Brustkinder sehr nahe kommt. Man soll daher, wenn die reine Brusternährung nicht durchführbar ist, wenigstens die gemischte Ernährung veranlassen.

Die Todesursachen waren im Monate April und November durch Erkrankungen der Respirationsorgane gegeben. Im Juli und August waren, wie überall,

die Darmkatarrhe im Vordergrunde. Bemerkenswert erscheint, daß von 27 Kindern, die an Darmkatarrh starben, nur ein einziges Brustkind und zwei Zwiemilchkinder waren.

Escherich bemerkt in der Diskussion, daß sich die Schutzstelle von den meisten anderen deutschen Organisationen dadurch unterscheidet, daß es sich nur mit gesunden Kindern beschäftigt. Die Tätigkeit der Schutzstelle bezweckt nicht Therapie, sondern Prophylaxe. B. Schick (Wien).

Rostocker Ärzteverein.

(Nach Münchn. med. Wochenschrift.)

Sitzung vom 8. Juli 1905.

Brüning: **Buttermilch als Säuglingsnahrung.**

Der Vortr. gibt zunächst einen Überblick über die Entwicklung der Frage der Buttermilchernährung bei Säuglingen, weist hin auf die bereits ziemlich umfangreiche Literatur und auf die fast durchweg günstigen Resultate, welche mit der in Rede stehenden neuen Säuglingsnahrung erreicht worden sind. Er schildert dann in seinen weiteren Ausführungen die Herstellung der Buttermilchsuppe und bespricht die Indikationen ihrer Verabreichung, die außer beim allaitement mixte und bei der chronischen Dyspepsie vorzüglich bei der Atrophie der Säuglinge erfolgen soll. Im Anschluß hieran geht er noch auf die Versuche Rommels ein, durch Säuerung zentrifugierter Magermilch eine der Buttermilch entsprechende Nahrung zu erhalten, und schließt mit der Besprechung der neueren Buttermilchpräparate (holländische Säuglingsnahrung von Staudt & Co. in Vilbel und Biedert-Selters Buttermilchkonserve von Dr. Sauer in Zwingenberg), deren Anwendung er in geeigneten Fällen empfiehlt.

In der Debatte entspinnen sich Erklärungen und Widersprüche über den Begriff „Buttermilch", wie er für uns im Lande Mecklenburg praktisch aufzufassen ist. Schatz bezweifelt, ob sich unter hiesigen und jetzigen Verhältnissen die Buttermilch als allgemeines Kindernährmittel wird einführen lassen, vielleicht ist sie als reines Therapeutikum zu benutzen, dann aber auch ziemlich teuer.

Joseph empfiehlt wärmstens die Kinderernährung mit Ziegenmilch.

Schatz pflichtet dem bei, macht aber die große Einschränkung, daß die Ernährung der Ziegen dabei sehr genau beaufsichtigt werden müsse. Die Ziege sei fast ein Allesfresser und fresse vor allem viel, gerne und, ohne Schaden zu nehmen, Giftkräuter.

Kobert bestätigt aus seinen toxikologischen Versuchen, daß die Ziege mit Lust und ohne Schaden zu nehmen Goldregen, Herbstzeitlose und Tabakblätter vertilge, was natürlich alles in die Milch übergehe, ja selbst 90 Tropfen Ol. crotonis habe seine Ziege gefressen, ohne Durchfall zu bekommen.

Sitzung vom 9. September 1905.

Brüning demonstriert einen Fall von **Säuglingstuberkulose.** Das 9 Monate alte Kostkind war wegen mangelnder Pflege, ungenügender Gewichtszunahme und hauptsächlich, weil es an chronischen Magendarmstörungen litt, der Kinderklinik überwiesen worden. Die genauere Untersuchung des sehr schlecht genährten und entwickelten Kindes, dessen Gewicht nur 3500 g betrug, ergab jedoch u. a. eine intensive Dämpfung im Bereich des rechten Oberlappen mit Bronchialatmen und spärlichen trockenen Geräuschen in der rechten Achselhöhle. Die daraufhin gestellte Diagnose: Tuberculosis pulm. konnte durch den Nachweis spärlicher Tuberkelbazillen im vorgewürgten Trachealsekret gesichert werden. Gleichzeitig bestand bei dem Kinde ein Mastoiditis sin., die operativ behandelt worden war, aber absolut keine Tendenz zur Heilung aufwies. Über die Phthisiogenese ließ sich in diesem Falle nichts Bestimmtes eruieren. Der Fall beweist von neuem die oft gemachte Erfahrung, daß selbst ziemlich ausgedehnte tuberkulöse Veränderungen der Lungen im Säuglingsalter Gefahr laufen, un-

erkannt zu bleiben, weil Verdauungsbeschwerden u. dgl. in den Vordergrund treten. Eine sorgfältige Untersuchung ist deshalb auch in solchen Fällen unter allen Umständen ratsam.

Peters bespricht seine weiteren Erfahrungen über die **Tränenschlauchatresie** bei Neugeborenen und hält daran fest, daß sie nach der Gonorrhoe die häufigste Quelle der Bindehauteiterungen bei Neugeborenen darstellt und noch vielfach verkannt wird. (Cf. Sitzungsber. der Niederrhein. Gesellsch. f. Natur- und Heilkunde 1897.)

Sitzung am 10. Februar 1906.

Martius: **Über die Erfahrungen aus der jetzigen Diphtherieepidemie.**

M. hielt den angekündigten Vortrag über die klinischen Erfahrungen gelegentlich der herrschenden Diphterieepidemie. Die Bedeutung und der Umfang dieser in Rostock und Warnemünde herrschenden Epidemie ergibt sich aus folgenden Zahlen. Während im Jahre 1903 13 Diphtheriefälle mit einem Todesfall und im Jahre 1904 10 Erkrankungen mit 4 Todesfällen in der medizinischen Klinik zur Beobachtung kamen, ist der Vortr. in der Lage, jetzt über ein Material von 132 Fällen zu berichten, die alle auf das Jahr 1905, inkl. Januar 1906, entfallen und zwar der Hauptsache nach auf die Monate Oktober bis Januar. Unter diesen 132 Erkrankungen befanden sich 19 Todesfälle. Wichtiger noch als diese ganz plötzlich und unerwartete epidemische Ausbreitung der Seuche ist die Tatsache, daß mit der Weiterentwicklung derselben auch die Intensität der Erkrankungen in auffälliger Weise zunahm. Es kamen die schwersten Formen septischer Diphtherie zur Beobachtung, wie sie seit Jahren nicht mehr gesehen wurden. Besonders prägnant fand diese zunehmende Schwere der Erkrankung ihren Ausdruck in einer größeren Zahl (8) von Fällen mit plötzlichem Herztod, über die der Vortr. ausführlich berichtet. Bemerkt sei, daß nur solche Fälle als zur Epidemie gerechnet wurden, bei denen Löfflersche Bazillen sich nachweisen ließen. Die Behandlung war von vornherein eine streng spezifische. Wenn auch in einigen Fällen, in denen die Serumbehandlung zeitig genug und intensiv genug durchgeführt wurde, der tödliche Ausgang nicht sich abwenden ließ, so beweist das nach der Ansicht des Vortr. nicht etwa die Nutzlosigkeit der Serumtherapie an sich, sondern läßt nur den Schluß zu, daß es in der gegenwärtigen Epidemie einzelne Fälle von einer solchen toxischen Intensität gibt, daß diesen gegenüber auch die Serumbehandlung gelegentlich versagt.

Aus den Erfahrungen dieser Epidemie leitet der Vortr. folgende Folgerungen ab:

1. Muß die Seruminjektion so früh wie möglich und gleich in genügender Größe vorgenommen werden (bei kleinen Kindern mindestens 1000, bei größeren und Erwachsenen am besten gleich 2000 J. E.).

2. Es wäre verfehlt, im Vertrauen auf eine etwaige unfehlbare Wirkung der Serumtherapie und Prophylaxe die sonstigen hygienischen Maßregeln zur Bekämpfung der Diphtherie zu vernachlässigen.

Der Vortr. schließt mit einem lebhaften Apell an die Herren Kollegen, die beamteten Ärzte und die oberste Medizinalbehörde des Landes in diesem hygienischen und prophylaktischen Kampfe gegen die Seuche zu unterstützen.

In der Debatte berührte Peters die Frage der postdiphtherischen Lähmungen, Thierfelder die Mängel des Krankentransportwesens, Schatz und Müller die Bedeutung der Streptokokkeninfektion; Dugge und Pfeiffer berichten neben Statistischem über die bisher ergriffenen bzw. noch zu ergreifenden Maßregeln, Brüning über seine eigenen Erfahrungen mit dem Serum; W. Schwartz regt unentgeltliche Serumlieferung aus städtischen Mitteln an.

III. Neue Bücher.

Julius Moses. **Die Abartungen des kindlichen Phantasielebens.** Beitr. f. Kinderforschung und Heilerziehung. XVIII. 1906. Verlag von Beyer & Söhne. Langensalza.

Verf. beschäftigt sich mit der Phantasie normaler und geistig abnormer Kinder. Er führt aus, wie sowohl ein Übermaß als auch ein Mangel an Phantasie bei normalen Kindern die Gefahr der pathologischen Ausartung birgt. Die Phantasiearmut offenbart sich bei dem gesunden Kinde von normaler Intelligenz durch die Art, wie es sich beim Spielen verhält. Sie ist für die Entwicklung der künstlerischen und der wissenschaftlichen Fähigkeiten ein Hindernis. Die selbstschöpferische Kraft fehlt dem phantasiearmen Individuum. „Ein phantasiearmes Kind kann ein gutes Talent, nie aber ein Genie sein." Zwecks Hebung der Phantasie wähle man für das Kind Spielsachen, mit welchen es wirklich etwas anzufangen weiß, d. h. zu denen seine Phantasie ergänzend und kombinierend hinzutreten kann.

Phantasieübermaß führt zu Wach- oder Tagträumen, und zur Bevorzugung der Einsamkeit. Phantasiereiche Kinder soll man nicht der Einsamkeit überlassen, zumal letztere ihrerseits wieder die Entwicklung der Phantasietätigkeit begünstigt. Es können sich ferner aus zu sehr gesteigerter Phantasie pathologische Vorstellungsreihen, Größenideen und fixe Ideen entwickeln. In solchen Fällen ist die sorgfältigste Aufmerksamkeit des Erziehers nötig. Schließlich werden die Urteile und Handlungen des Individuums von den Phantasievorstellungen dauernd beeinflußt. „Bei dem minderwertigen Frühgenie erlischt das Strohfeuer der lodernden Phantasie bald, bei dem echten Genie wird das Phantasieleben die Quelle großer Taten, bei belasteten Individuen artet es nicht selten in psychopathische Zustände aus. Man sieht auch hier, wie nahe beieinander Genie und Wahnsinn entspringen.

Neuropathisch oder psychopathisch belastete Kinder sind besonderer Obhut bedürftig, da sie meist eine rege Phantasie haben. Dies gilt vornehmlich auch von den schüchternen Kindern, dieselben neigen in der Pubertät zur Onanie, später zu Beeinträchtigungsideen, Paranoia und Melancholie.

Eine große Rolle spielen die Veränderungen des Phantasielebens in dem Krankheitsbild der Manie sowie in demjenigen der Hypochondrie.

Die Dementia paranoides zeigt ungemein reichliche, abenteuerliche Phantastereien aus, die jedoch durch ihre Unsinnigkeit die geistige Schwäche verraten.

Steigerung und Anomalien des Phantasielebens zeigen sich häufig bei hysterischen Kindern sowie bei der Pseudologia phantastica.

In bezug auf die Bewachung des Phantasielebens fordert Verf., daß das Kind schon in seinen Spielneigungen und in seiner Spieltätigkeit sorgsam beobachtet wird, die Spiele sollen sich an objektive Sachen anknüpfen, man sorge für eine stundenplanartige Einteilung des Tages (mit vielen körperlichen Übungen, besonders gegen Abend, um schnelles Einschlafen herbeizuführen). Das Kind soll mit anderen Kindern zusammen spielen, nicht allein sein. Man überwache die Lektüre! Naturgeschichtsbücher sind zu empfehlen, ebenso Anlegen von Sammlungen. Onanistische Neigungen sind zu bekämpfen. Die erzieherische Behandlung sei individuell! Auf der einen Seite ist die übermäßige Phantasie einzuschränken, auf der anderen Seite die brach liegende zu erwecken.

Die geistreich geschriebene kleine Arbeit sei hiermit zur Lektüre empfohlen.

Kurt Mendel (Berlin).

A. Baginsky. **Säuglingskrankenpflege und Säuglingskrankheiten.** Verlag von F. Enke in Stuttgart.

Auf Grund der reichen Erfahrungen, die er im Kaiser und Kaiserin Friedrich-Krankenhause in Berlin im Laufe langer Jahre zu sammeln Gelegenheit hatte, schrieb B. dieses Werk, welches der freudigsten Aufnahme seitens der Kollegen sicher ist. Nachdem der Verf. dem „Pflegerinnendienst und Säuglingskrankenpflege" ein recht lehrreiches Kapitel gewidmet hat, beschäftigt er sich eingehend mit dem Thema der „Säuglingsnahrung", das mustergültig bearbeitet ist. Auch der Abschnitt „Die Untersuchung kranker Säuglinge" verdient eingehendes Studium; sehr klar und präzis werden hier die einzelnen Untersuchungsmethoden geschildert und viele Winke und Ratschläge gegeben. Nun werden die „wichtigsten speziellen Krankheitsformen" besprochen, wobei die reichen Erfahrungen des Verf. zu voller Geltung kommen. Ein Anhang: „Das Säuglingskrankenhaus" bildet den Schluß des 215 Seiten starken Werkes, das auch 44 Textabbildungen und eine farbige Tafel enthält. Das Buch ist als recht wertvolle Bereicherung der pädiatrischen Literatur anzusehen, sein Studium wird den Kollegen reichen Nutzen bringen.

Das im gleichen Verlage erscheinende Biedertsche Werk: **„Das Kind"** liegt nunmehr, nachdem auch Lieferung 4 und 5 die Presse verlassen, abgeschlossen da. Diese Schlußfolgerungen enthalten folgende Arbeiten: „Die Krankheiten des Auges und ihre Pflege im Kindesalter" von Dr. Quint, „Die Krankheiten des Ohres und der oberen Luftwege beim Kind und deren Pflege" von Dr. Kronenberg, „Geistige Pflege und Erziehung vor und während der Schulzeit" von E. Börlin, „Schulkrankheiten, ihre Verhütung und Pflege" von Dr. Rensburg, „Ausbau der Volksschulbildung; Fortbildungs- und Haushaltungsschulen" von Prof. Flegler und „Die Reife; Übergang zu Beruf und Ehe" von Dr. Rey. Diese Autoren haben ihre Themata in recht klarer Weise und ansprechender Form bearbeitet und sich im großen und ganzen auf die Darlegung dessen beschränkt, was der Laie wissen muß. Leider ist in den ersten Lieferungen manches enthalten, was darüber hinausgeht und besser fortgeblieben wäre. Abgesehen davon ist über das Werk nur Lobenswertes zu sagen, und seine Lektüre dürfte gebildeten Laien hohen Genuß bereiten und ihnen ersprießlichen Gewinn für das Leben schaffen. Grätzer.

IV. Monats-Chronik.

Von unserem Mitarbeiter, Dr. Ernö Deutsch (Budapest) erhalten wir folgenden **Ausweis des „Stephanie"-Kinderhospitals für das Jahr 1905.** 21949 war die Zahl der im Hospital behandelten Kranken, 20390 unter ihnen ambulant versehen. 187 an Diphtherie erkrankte Kinder wurden serotherapeutisch behandelt, Mortalitätsprozent 12,83; 94 Fälle wurden intubiert mit einem Sterbeetat von 36,96 %. Es wurden für die 187 Kranke 694500 Antitoxineinheiten Diphtherieserum verwendet. Die Gesamtmortalität des liegenden Materiales war 9,49 %. Die Leitung der Anstalt oblag Prof. Johannes von Bókay, der auch die überaus gut besuchten klinischen Vorlesungen im Hospital abhält. Außer der internen Abteilung besitzt das Krankenhaus eine chirurgische, otiatrische und ophthalmologische. Für nervenkranke, orthopädische und laryngologische Krankheitsfälle sind Spezialambulanzen eingerichtet.

Berlin. Wie bereits vor längerer Zeit die Charité, erhöhen auch die städtischen Krankenhäuser vom 1. Juli ab die Kur- und Verpflegungskosten für Kinder von 2 Mk. auf 2,50 Mk.

Schöneberg. Am Säuglingsheim, Akazienstraße Nr. 7, sind unter Leitung des Chefarztes Dr. Lissauer Kurse zur Ausbildung von Säuglingspflegerinnen eröffnet.

Kiel. Am 30. Mai, dem Jahrestage des Todes des kleinen Prinzen Heinrich, des Sohnes des Prinzen Heinrich, wurde das unter der Direktion von Prof. Dr. v. Starck stehende Heinrich-Kinderhospital eröffnet. Prof. Dr. v. Starck erhielt den Kronenorden III. Klasse.

Stuttgart. Die Gründung eines Säuglingsheims ist geplant.

Dortmund. Ein Krankenhaus für Frauen und Kinder wird demnächst errichtet.

Dürrheim. Die Großherzogin von Baden hat dem vom Badischen Frauenverein gegründeten Kindersolbad 12000 Mk. überwiesen.

Padua. Dr. V. Tedeschi wurde zum a. o. Professor der Kinderheilkunde ernannt.

Der Redakteur dieses Blattes wohnt vom 1. Juli ab:

Friedenau-Berlin, Handjery-Str. 14.

Verantwortlicher Redakteur: Dr. Eugen Graetzer in Friedenau-Berlin. — Verlag von Johann Ambrosius Barth in Leipzig. — Druck von Metzger & Wittig in Leipzig.

Centralblatt für Kinderheilkunde.

Eine Monatsschrift für praktische Ärzte.

XI. Jahrgang. 1. September 1906. No. 9.

I. Originalbeiträge.

Aus der chir. Abteilung des K. J. Kinderspitals in Prag.
Vorstand Prof. Carl Bayer.

Zur Versorgung der Knochenhöhle nach der Nekrotomie.

Von

M. U. Dr. **Rudolf Thierfeld,**

derzeit prakt. Arzt und Kinderarzt in Warnsdorf.

Die Versorgung der Nekrotomiewunden, besonders bei großen Sequestern der langen Röhrenknochen, bei denen man genötigt ist, den erkrankten Knochen auf weite Strecken aufzumeißeln, stößt häufig auf große Schwierigkeiten und man hat in Rücksichtnahme auf eine möglichst rasche Restitution des Knochens und seines Defektes wie der Heilungsdauer der Wunde überhaupt zu den verschiedensten Verfahren gegriffen. Um Knochendefekte im allgemeinen zu decken, empfahl man zuerst die Autoplastik, indem man Periostknochenlappen mit breiter Ernährungsbrücke aus der Umgebung verwendete. Große Defekte, bei denen man aus der Umgebung sich Knochen nicht beschaffen konnte, wurden homoplastisch gefüllt, wozu man sich frischer kleiner Knochenstückchen sowohl von Menschen wie von Tieren (z. B. Kaninchen) bediente. Es wurde weiterhin zerkleinertes kalkhaltiges Knochenmaterial, Zelluloid „Fränkel", Jodoformstärke „Neuber", Kautschuk, Platiniridium zur Einheilung gebracht. Die letzten Versuche gingen dahin, den Knochen mit erhärtendem Material zu füllen (Gips, Zahnguttapercha, Jodoformknochenplombe usw.).

In unseren Nekrotomiefällen übten wir bis zum Jahre 1897 die Tamponade des aufgemeißelten, von Sequestern, Granulationen und Eiterherden gereinigten Knochen oder wir verschlossen die Wunde mit Nähten und ließen sie nach dem Vorgange v. Scheedes unter dem feuchten Blutschorf heilen. Dieses Verfahren haben wir seither zu Gunsten einer anderen Methode verlassen, über welche Herr Professor Bayer, angeregt durch eine Publikation v. Mangoldts, im Zentralblatte für Chirurgie berichtet hat und dessen weitere günstige Resultate eine nochmalige Publikation an der Hand einzelner Krankengeschichten berechtigt erscheinen lassen. Die Methode der Hauteinstülpung, wie sie an unserer Abteilung geübt wird, haben auch Esmarch und Riedel empfohlen und Neuber hat die eingestülpte Haut durch Naht oder Nagelung fixiert. König empfiehlt die von

Lücke und Bier geübte osteoplastische Nekrotomie, bei welcher speziell an der Tibia ein Hautknochenlappen gebildet, der wie ein Deckel auf die gereinigte Wundhöhle gelegt wird. Tillmanns implantierte Kaninchenknochen, frische Knochenstückchen vom Menschen mit Erfolg, Müller verwendete gestielte Hautperiostknochenlappen und Hahn brachte bei einem Defekt der Tibia ein Stück der Fibula zur Einheilung. An einer großen Zahl von Osteomyelitisfällen hat schließlich v. Mosetig Moorhof die bekannte Jodoformknochenplombe, ein Gemenge von Jodoform, Walrat und Sesamöl, zur Ausfüllung der Wundhöhle verwendet. Allen diesen Methoden ist das Prinzip gemeinsam, die durch die Resektion des Knochens geschaffene Höhle zu verkleinern. Die Plomben sind, wie v. Mosetig auch von seiner

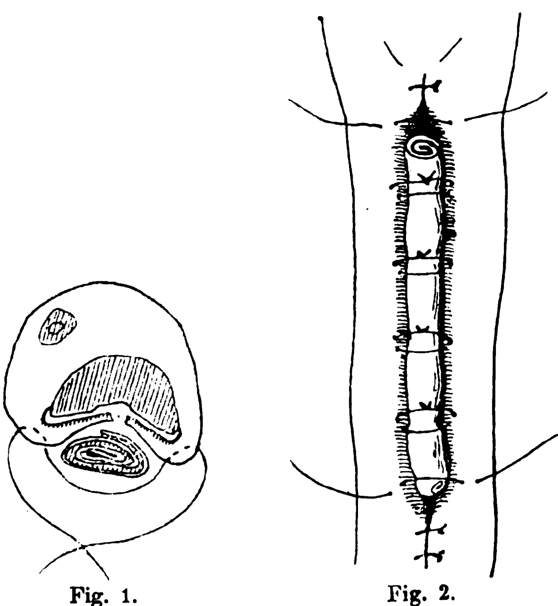


Fig. 1. Fig. 2.

Jodoformplombe sagt, nur temporäre Lückenbüßer, welche in erster Linie dazu berufen sind, den toten Raum wegzuschaffen, um später zum Teil resorbiert, zum Teil abgestoßen zu werden. Sie sollen weiter den eitrigen Zerfall der Granulationen und des Blutschorfs verhindern und was das Wichtigste ist, die Heilungsdauer abkürzen. Es ist ungemein schwierig, bei dem Material eine trockene und keimfreie Höhle herzustellen. Und so hatten wir in zwei Fällen, in denen wir die Jodoformknochenplombe angewendet hatten, keinen besonderen Erfolg. Gelegentlich einer Diskussion in der Gesellschaft der Ärzte in Wien im Herbste 1904 wurde von mehreren Chirurgen Wiens mitgeteilt, daß sie bei ihren Fällen, in denen sie die Jodoformknochenplombe anwendeten, keine so günstigen Resultate erzielten, wie v. Mosetig. Mangoldt behauptet, daß von Plombierungen und osteoplastischen Füllungen überhaupt nicht viel zu erhoffen sei, und schlägt neben der Thierschen Transplantation die Hauteinstülpung in Zungenform nach Neuber, oder in viereckiger Form vor. Letztere

Methode ist die technisch einfachste, und die günstigen Resultate, die wir mit derselben seit einer Reihe von Jahren erzielen, geben uns die Berechtigung, dieselbe bis auf weiteres beizubehalten.

Operationsverfahren an der Tibia: Nach gründlicher Desinfektion der Haut wird in entsprechender Länge inzidiert, die oberflächlichen Granulationen mit dem scharfen Löffel entfernt und sodann das Periost vom Knochen losgelöst und zurückpräpariert. Hierauf wird die Tibia mit einem scharfen Hohlmeißel eröffnet, vorhandene Sequester entfernt, die Höhle vom Eiterherde und Granulationen befreit. Die Leisten und Buckel der Knochenlade werden geglättet und die emporstrebenden Knochenränder mit der Luer-Zange oder Meißel abgetragen, so daß die so behandelte Knochenfläche keine tiefe Rinne, sondern höchstens eine flache Mulde ohne überhängende Ränder darstellt. Der Weichteilschnitt wird nach aufwärts und abwärts verlängert, die Höhle mit 10 % igem Jodoformglyzerin ausgefüllt und die beiden Hautlappen gegen die Mulde verschoben. Etwaige Fistelränder der Haut müssen abgetragen werden. Die beiden Hautperiostlappen werden schließlich unter einer zwei querfingerbreiten, der Länge der Wunde entsprechenden Jodoformgazerolle durch Nähte, die seitlich vom Hautrande ein- bzw. ausgestochen werden, in der Mulde festgehalten. Die beiden Figuren sollen die Nahtmethode veranschaulichen.

Fall 1. N., Anna, 11 Jahre alt, seit 1 1/2 Jahren Anschwellung des linken Unterschenkels, nach 1jährigem Krankenlager anderwärts operiert.

Status praesens: Linke Extremität 1 1/2 cm länger, Tibia bedeutend verdickt. An der Innenseite eine Fistel. An der Außenseite zwei Fisteln. Bei Sondierung stößt man auf keinen Sequester.

Diagnose: Osteomyelitis tibiae sinistrae.

Operation am 13. Januar 1899. Nekrotomie und Versorgung nach Bayer, geheilt entlassen am 26. Mai 1900.

Fall 2. M., Josef, 10 Jahre alt. Seit 8 Tagen Schmerzen in der rechten Ferse, Anschwellung beider Unterschenkel, Unmöglichkeit zu gehen. Vor 5 Tagen auch Schmerzen im rechten Ellbogengelenk.

Status praesens: Die rechte untere Extremität bis zur Mitte des Oberschenkels geschwellt, die Haut gerötet, ödematös. Die linke Extremität geringer geschwellt. Über den beiden inneren Malleolen Fluktuation, ebenso an der Innenfläche des rechten Kniegelenks.

Diagnose: Osteomyelitis tibiae et femoris, lateris utriusque.

Sequestrotomie in gleicher Weise am 10. April 1900, geheilt am 21. Juni 1900.

Fall 3. N., Alois, 14 Jahre alt. Seit 4 Monaten Schwellung des rechten Unterschenkels und des rechten Humerus.

Status praesens: Der rechte Unterschenkel im proximalen Drittel geschwellt, verdickt, daselbst eine 2 cm lange Fistel. Bei Sondierung gelangt man auf rauhen beweglichen Knochen. Am rechten Oberarme im oberen Drittel eine Verdickung des Knochens.

Diagnose: Necrosis post osteomyelitidem tibiae textrae.

Operiert am 16. Juli 1900 nach Bayer, geheilt entlassen am 25. August 1900.

Fall 4. P., Wenzel, 14 Jahre alt, vor 2 1/2 Jahren Schwellung des linken Kniegelenks und Fistelbildung.

Status praesens: An der Außenseite des linken Oberschenkels zwei für eine bleistiftdicke Sonde passierbare Fisteln, bei deren Sondierung stößt man auf rauhen beweglichen Knochen.

Diagnose: Osteomyelitis femoris sin.

Sequestrotomie nach Bayer, am 20. November 1901, mit Verkürzung der kranken Extremität um 3 cm am 13. Januar 1902 geheilt entlassen.

Fall 5. H., Andreas, 6 Jahre alt, vor 7 Wochen plötzlich erkrankt mit Schwellung beider Unterschenkel, Inzision. Entleerung reichlichen Eiters.

Status praesens: Der linke Unterschenkel stark verdickt. Fluktuation daselbst. Fistel, Kniegelenk stark flektiert. Femur derselben Seite stark geschwellt. Aus einer Fistel entleert sich mißfarbiger Eiter. Rechter Unterschenkel bis zu seiner Mitte verdickt, an dessen Innenseite eine mit Granulationen bedeckte Fistel.

Diagnose: Osteomyelitis tibiae utriusque.

Sequestrotomie am 17. Februar 1900. Entfernung eines 10 cm langen Sequesters der Tibia. Tamponade, 31. Mai nochmalige Sequestrotomie mit Einstülpungsnaht der Wunde, am 9. Juni geheilt entlassen.

Fall 6. N., Wenzel, 11 Jahre alt, Beginn der Erkrankung mit Schüttelfrost und Schwellung des linken Unterschenkels. Inzision.

Status praesens: Der linke Unterschenkel etwas geschwellt, das proximale Ende der Tibia verdickt. Inzisionsnarbe. Bis kreuzergroße leicht blutende Granulationen zwischen 2. und 3. Drittel der Tibia. Bei Sondierung der Fistel stößt man auf harten rauhen Knochen.

Diagnose: Necrosis post osteomyelitidem tibiae sinistrae.

Sequestrotomie mit typischer Einstülpung, am 20. Januar 1901 Entfernung eines Sequesters in der Epiphyse, am 26. Februar geheilt entlassen.

Fall 7. W., Marie, 9 Jahre alt, lag vom 16. Juni bis 23. Juni 1901 auf unserer Abteilung, woselbst am linken Unterschenkel eine Inzision gemacht wurde. Gegenwärtig im unteren Drittel der Narbe ein 3 cm langer, 1 cm breiter Substanzverlust mit drei Fistelöffnungen. Bei Sondierung gelangt man auf rauhen beweglichen Knochen.

Diagnose: Osteomyelitis tibiae sin.

Sequestrotomie 19. September 1901. Auskratzung mit dem scharfen Löffel, Abmeißelung der verdickten Tibia. Spaltung eines Abszesses durch eine 5 cm lange Inzision und Auskratzung bis zur Kommunikation mit der aufgemeißelten Höhle. Jodoformglyzerin. Naht nach Bayer. Am 24. September fast geheilt entlassen.

Fall 8. P., Franz, 12 Jahre alt, vor einem Jahre ein Trauma erlitten. Schwellung des linken Unterschenkels und Bildung einer Fistel. Abgang nekrotischer Knochenstücke.

Status praesens: Der linke Unterschenkel in seiner Gänze geschwellt. Unterhalb der Patella ein bis auf den Knochen reichender Substanzverlust.

Diagnose: Osteomyelitis tibiae sinistrae.

Sequestrotomie. Am 30. November 1899 Extraction eines Totalsequesters der Tibia von 10 cm Länge. Abflachung der hypertrophischen Lade. Naht nach Bayer. Am 18. Februar 1900 geheilt entlassen.

Fall 9. B., Johann, 12 Jahre alt. Die Erkrankung begann vor einem halben Jahre mit Schüttelfrost, Schwellung des linken Unterschenkels und späterer Fistelbildung.

Status praesens: Der linke Unterschenkel geschwellt, die Haut daselbst gerötet. An der Tibiakante, an der Innenfläche des unteren Drittels und oberhalb des Fußgelenks je eine Fistel. Bei Sondierung kommt man auf rauhen beweglichen Knochen.

Diagnose: Osteomyelitis tibiae sinistrae.

Operation am 21. August 1901. Aufmeißelung der Totenlade zu einer flachen Rinne. Extraktion eines ca. 1 cm langen und mehrerer kleiner Sequester. Reinigung der Fistelgänge und der Wundhöhle. Jodoformglyzerin. Naht nach Bayer. 20. Oktober geheilt entlassen.

Fall 10. L., Josef, 12 Jahre alt.

Status praesens: Die untere Hälfte des rechten Oberschenkels verdickt. Eine Handbreite über dem Knie eine Fistel, bei deren Sondierung man auf rauhen Knochen stößt.

Diagnose: Osteomyelitis femoris.

Operation am 18. April 1902. Entfernung des Sequesters nach Aufmeißelung des Knochens. Da der Knochen auf der gegenüberliegenden Seite perforiert ist, wird Gegeninzision gemacht. Naht und Drainage, Verband.

Fall 11. N., Wenzel, 10 Jahre alt, vor einem halben Jahre die linke untere Extremität im Bereiche des Fußes und Unterschenkels geschwollen, verdickt. Am Fußrücken eine granulierende Fistel.

Diagnose: Osteomyelitis tibiae et oss. ped. sinistri.

Operation nach Bayer am 23. Oktober 1902. Nähte, spätere Entfernung der Nähte und Drainage. Am 24. November geheilt entlassen.

Fall 12. A., Martin, 13 1/4 Jahre alt. Beginn von 4 Monaten mit Schwellung, Rötung und Schmerzhaftigkeit der rechten großen Zehe. Nach 8 Tagen Bildung einer Fistel, aus der sich Eiter entleert. Nach Verlauf weiterer 14 Tage Abstoßung erst eines und später mehrerer Knochenstückchen.

Status praesens: Der rechte Fußrücken stark geschwellt. Haut verfärbt; aus mehreren Fistelöffnungen entleert sich auf mäßigen Druck Eiter.

Diagnose: Osteomyelitis metatarsi I.

Operation am 4. Februar 1906, am 26. Februar geheilt entlassen.

Fall 13. E., Marie, 12 Jahre alt, vor 2 Monaten gefallen, darauf Fieber, Schwellung des linken Unterschenkels.

Status praesens: Der linke Unterschenkel zeigt mehrere Fisteln, aus denen sich reichlich Eiter entleert. Bei Sondierung gelangt man auf den beweglichen Sequester.

Diagnose: Osteomyelitis tibiae sinistrae.

Operation nach Bayer am 12. Mai 1903 mit fast vollständig geschlossener Wunde, entlassen am 16. Juni 1903.

Fall 14. D., Franz, 5 1/2 Jahre alt. Seit einem Jahr besteht die Erkrankung.

Status praesens: An der Außenseite des rechten Unterschenkels, der deutlich verdickt ist, mehrere secernierende Fisteln. Die Sondierung ergibt rauhen Knochen und Vorhandensein von Sequestern.

Diagnose: Osteomyelitis tibiae dextrae.

Operiert am 8. Juni 1903, komplett geheilt entlassen am 11. Juli 1903.

Fall 15. S., Wenzel, 7 Jahre alt. Vor 2 Jahren Trauma erlitten, im Anschluß daran Fistelbildung.

Status praesens: An der Außenseite des linken Oberarmes im oberen Drittel eine granulierende, stark secernierende Fistel. In der Tiefe Sequester.

Diagnose: Osteomyelitis humeri.

Operiert nach Bayer am 11. August 1904, gebessert entlassen am 21. August 1904.

Fall 16. R., Anton, 12 1/2 Jahre alt. Wurde bereits einmal operiert.

Diagnose: Osteomyelitis tibiae sin.

Operation in gleicher Weise am 24. September 1904 mit fast geschlossener Wunde, entlassen am 6. Oktober 1904.

Fall 17. H., Rudolf, 9 Jahre alt. Im Anschluß an ein Trauma (Sprung vom Wagen) erkrankt. Beginn mit Anschwellung des rechten Unterschenkels. Eiterdurchbruch und Abgang von Sequestern.

Status praesens: Der rechte Unterschenkel stark aufgetrieben, an seiner Innenseite eine Fistelnarbe. Außen die Haut blau verfärbt.

Diagnose: Osteomyelitis tibiae dextrae.

Operiert nach Bayer am 27. Januar 1904, geheilt entlassen am 2. Februar 1906.

Fall 18. H., Anna, 6 Jahre alt. Leiden seit einem Jahre bestehend. Abgang von kleinen Knochenstückchen.

Diagnose: Osteomyelitis tibiae sin.

Operiert nach Bayer am 5. Dezember 1904, geheilt entlassen am 23. Januar 1905.

Fall 19. B., Josef, 9 Jahre alt. Das Leiden besteht seit einem Jahre.

Diagnose: Osteomyelitis tibiae dextrae.

Operiert nach Bayer am 15. Juli 1904, geheilt entlassen am 9. September 1904.

Fall 20. H., Karl, 10 Jahre alt. Leiden besteht seit 4 Wochen, vor 8 Wochen einmal operiert.

Status praesens: Im oberen Drittel des linken Unterschenkels eine 3 cm lange Narbe, in derselben eine auf Druck Eiter entleerende Fistel.

Diagnose: Necrosis tibiae post osteomyelit.

Operiert nach Bayer am 3. Juni 1903, geheilt entlassen am 14. Juli 1903.

Fall 21. Z., Wenzel, 3 Jahre alt. Beginn der Erkrankung mit Schwellung des rechten Oberarmes. Inzision und Entleerung von reichlichem Eiter.

Status praesens: An der Außenseite des rechten Oberarmes eine stark sezernierende Fistel. Bei Sondierung gelangt man auf rauhen beweglichen Knochen.

Diagnose: Osteomyelitis humeri dextri.

Operiert nach Bayer am 11. März 1904. Zur ambul. Weiterbehandlung entlassen am 16. März 1904.

Fall 22. R., Franz, 7 Jahre alt. Patient erlitt vor 2 Monaten einen Stoß gegen das Bein, worauf dasselbe anschwoll. Es wurde bereits 3 mal inzidiert.

Status praesens: In der Mitte der rechten Tibia eine Fistel, bei deren Sondierung man auf von Periost entblößten Knochen stößt.

Diagnose: Osteomyelitis tibiae dextrae.

Operiert nach Bayer am 24. Oktober 1905, 3. Dezember geheilt entlassen. (Am 26. Oktober Entfernung der Naht wegen Retention.)

Fall 23. Z., Marie, 7 Jahre alt.

Status praesens: In der Mitte der linken Humerus eine Fistel. Mit der Sonde gelangt man auf rauhen beweglichen Knochen.

Diagnose: Osteomyelitis humeri.

Operiert nach Bayer am 29. Januar 1906, geheilt entlassen 14. Februar 1906.

Fall 24. H., Marie, 13 Jahre alt. Die Erkrankung begann vor 6 Jahren. Es wurde inzidiert. Die Fisteln schlossen sich nie ganz und öfter gingen Knochenstückchen ab.

Status praesens: Der rechte Unterschenkel in seiner Gänze verdickt, an seiner Vorderseite Narben und Fisteln.

Diagnose: Osteomyelitis tibiae dextrae.

Operiert nach Bayer am 17. April 1905, geheilt entlassen 27. Mai 1905.

Im vorangehenden ist bloß ein Teil der Erkrankungsfälle angeführt, bei denen wir die Nahtmethode mit Einstülpung der Haut in die Knochenhöhle verwendeten. Jedoch schon diese kleine Zahl beweist, daß man mit dieser Methode imstande ist, die Heilungsdauer beträchtlich abzukürzen. Das arithmetische Drittel aus der Zahl der Krankheitstage und der Zahl der Fälle beträgt 34. Es würde somit die durchschnittliche Heilungsdauer ca. 4 Wochen betragen, wobei zu berücksichtigen ist, daß die Kinder nicht sogleich nach ihrer Genesung, sondern gewöhnlich erst ein paar Tage später nach Hause geholt werden. Von Zufällen bei dieser Operationsmethode wäre zu erwähnen, daß mitunter einzelne Nähte wenige Tage post operationem durchschneiden. Auch waren wir manchmal genötigt, wegen Sekretverhaltung die eine oder andere Sutur zu lüften, selten sämtliche Nähte zu entfernen und die Wunde zu drainieren.

II. Referate.

George Rose, Acute disease of the bone in children. (Royal Aberdeen Hospital for Sick Children.) (The Scottish Medical and Surgical Journal. Vol. 18. 1906. Nr. 4. S. 289—302.) Akute Periostitis, Osteomyelitis, akute Nekrose der Knochen und septische Arthritis sind als verschiedene Krankheiten betrachtet worden mit wenig oder gar keinen Beziehungen zueinander. In britischen Lehrbüchern ist die Periostitis, in denen des Kontinents die Osteomyelitis

als das Primäre angesehen worden. Wenn Osteomyelitis als die primäre Erkrankung bezeichnet ward, ließ sich nicht erklären, warum bei der Operation das Knochenmark oft gesund gefunden wurde, und wenn man die akute Periostitis für das Primäre hielt, so war nicht einzusehen, warum nicht einmal die Mitte des Knochenschaftes, sondern immer das Knochenende der zuerst affizierte Teil war. Akute Periostitis, Osteomyelitis, Nekrose, Arthritis septica sind am besten als Krankheitsarten zu bezeichnen, die aus einer primären Erkrankung hervorgehen, für welche Verf. den jetzigen Ausdruck „akute septische Diaphysitis" am geeignetsten hält. Jenes sind nur verschiedene Bilder dieser Krankheit. Die zarte Wachstumsschicht an der Diaphysenseite des Epiphysenknorpels ist für Schädigungen leicht empfänglich, bildet dann einen Locus minoris resistentiae für im Blute zirkulierende Bakterien, die eine eitrige Entzündung hervorrufen. Von da aus sucht sich der Eiter einen Ausweg. Er kann durch die Epiphyse (akute Epiphysitis) oder längs der Oberfläche des Epiphysenknorpels ins Gelenk dringen und akute septische Arthritis hervorrufen (dies im Hüftgelenk, wo die Epiphyse intraartikulär liegt). Nach außen dringend, kann er sich unter das Periost begeben, erzeugt akute Periostitis und Knochennekrose, ohne daß bis dahin das Knochenmark affiziert zu sein braucht. Er kann von obiger Stelle aus gleich ins Knochenmark gehen und zu akuter Osteomyelitis führen, so daß oft das Knochenmark vereitert, Periost und Knochen aber noch gesund ist. Eine sichtliche Ursache für die Entstehung der Krankheit ist oft nicht zu erkennen. Oft findet man frische Wunden als Eingangspforte für die Bakterien mit Lymphangitis und Drüsenschwellung, oft erkrankte Tonsillen, schlechte Zähne, erkrankte Nasenschleimhaut. Als disponierendes Moment kommen schlechte hygienische Verhältnisse und geschwächter Körperzustand nach Masern, Scharlach, Windpocken in Betracht, für die Schwere der Infektion Virulenz und Art der Bakterien. Nach Infektion durch den Staphylococcus aureus erfolgte schon nach 40 Stunden der Tod. Der Staphylococcus pyogenes albus erzeugte mildere, weniger akute Formen der Krankheit. Die Schwere der Affektion hängt ferner ab von dem Umfang der Ossifikation von Epi- und Diaphyse. Meist erkranken Kinder um das dritte Lebensjahr. Als frühesten Fall erwähnt Verf. ein Kind von 3 Wochen (Ausgang von septischer Nabelwunde). Am meisten waren affiziert das obere und untere Ende des Femur, dann kam das untere Ende der Tibia, der Humerus war in $^1/_3$ der Fälle erkrankt. Zur Schwere der Affektion trägt ferner die Mitbeteiligung des Gelenks bei, die sich da findet, wo Gelenk und Epiphysenknorpel zueinander in Beziehung stehen. Daher die häufige Affektion des Hüftgelenks, wenn der Femurkopf Sitz der Erkrankung ist, daher die Nichtbeteiligung des Kniegelenks, wenn unteres Femur- und oberes Tibiaende erkrankt sind.

Schließlich betont Verf. die Wichtigkeit einer frühzeitigen Diagnosenstellung, die bei Säuglingen oft sehr schwer ist. Schmerzen und Empfindlichkeit bei Druck am Ende eines langen Knochens verbunden mit krankhaften Allgemeinerscheinungen, machen es zur Pflicht, selbst wenn noch keine sichtliche Schwellung vorhanden, den Fall

schon als eine akute septische Diaphysitis anzusehen und sofort zu inzidieren. H. Greiner (Magdeburg).

H. Duclaux, L'ostéomyélite de la hanche; formes cliniques. (Thèse de Paris. 1905.) Die Krankheit kommt namentlich im Kindesalter vor, und zwar hauptsächlich während der zwei ersten Lebensjahre und vom achten bis zum zwölften Jahre. Manchmal ist nur das Darmbein, andermal nur der Schenkelknochen befallen, doch sind namentlich die Komplikationen von Wichtigkeit, wie eitrige Gelenkerkrankung, Ablösung der Epiphyse, Hüftluxationen u. a. Im weiteren Verlaufe kann es zu Ankylosierungen, Pseudarthrosen, Coxa vara, übermäßiger Verlängerung oder öfters Zurückbleiben im Wachstume der befallenen Extremität kommen. Die Osteomyelitis des Säuglingsalters tritt als schwere Erkrankung auf, verläuft rasch, doch bleiben nur geringe Verunstaltungen zurück, wenn sie in Heilung übergeht. Später ist der Verlauf kein so stürmischer, doch kommt es zu langwierigen Gelenkseiterungen und es bleiben bedeutende Difformitäten zurück. Im allgemeinen ist der Verlauf ein wechselnder, je nach der die Krankheit verursachenden Mikrobenart: die auf Streptokokkeninfektion beruhende Osteomyelitis ist viel schwerer, als die durch Staphylokokken oder Pneumokokken hervorgerufene.

Therapeutisch wird eine möglichst frühzeitige Eröffnung des Abszesses auf der Höhe der Schwellung, Eröffnung der Kapsel und für die meisten Fälle, Resektion des Femurkopfes empfohlen. Bei den chronischen, mit Fistelbildung einhergehenden Formen, ist mitunter die Desartikulation der Hüfte notwendig, um den Prozeß der Heilung zuführen zu können. E. Toff (Braila).

C. M. Wood, A case of Osteopsathyrosis; or Fragilitas Ossium. (Archives of Ped. Juni 1906.) Der 15jährige Junge ist jetzt vollständig gesund und außer den leichten Deformitäten an den unteren Extremitäten scheint er nichts Schlimmeres von den 23 Frakturen davongetragen zu haben. Patient erlitt die erste Fraktur, als er 2 Jahre alt war, seitdem erlitt er gewöhnlich zwei Knochenbrüche jährlich, der letzte Unfall geschah jedoch im Juli 1904. Die ersten Brüche waren fast gänzlich schmerzlos und verursachten kaum welche Unbequemlichkeiten. Die letzten zwei dagegen verursachten beträchtliche Schmerzen. H. B. Sheffield.

Lyklama a Nycholt, Luxatio humeri subacromialis entstanden sub partu. (Ned. Tydschrift v. Geneesk. 1906. S. 185.) Diese Luxation ist bei Neugeborenen so selten, daß viele Autoren ihre Existenz bestreiten.

Auch Küstner, der dieser Luxation ein spezielles Studium widmete, bezweifelt ihr Bestehen und meint, daß es in den bis jetzt beschriebenen Fällen sich um Epiphysenlösung des Humerus gehandelt hat. Den zwei durch Lewis und Ollier bis jetzt als sicher erkannten Fällen kann L. den folgenden Fall hinzufügen:

Das Kind wurde in Schädellage geboren. Durch die Hebamme soll bei der Geburt an den Schultern kräftig gezogen worden sein. Unmittelbar nach der Geburt hing der linke Arm schlaff nieder.

Dieser wurde während der ersten 3 Wochen in Verband gelegt. Im Alter von 3 Monaten war der Arm nach innen rotiert und wurde nach vorn und innen gehalten.

L. sah den Jungen zum ersten Male im Alter von 12 Jahren. Der linke Arm, besonders der Oberarm, ist kürzer und dünner als der rechte. Starke Rotation nach innen, Haltung nach vorn und abduziert. Die ganze Schultergegend ist links weniger entwickelt als rechts. Das Caput humeri steht unter dem Akromion. In dem Schultergelenke ist wohl leichte passive, doch keine aktive Rotation möglich. Die aktiven Bewegungen des ganzen linken Armes sind beschränkt.

Aus dem Radiogramm ergibt sich, daß der Humerus ganz luxiert ist.

Die Ätiologie stellt sich L. so vor, daß während der Geburt ein Riß in der Hinterwand der Kapsel entstanden ist, durch welchen das Caput humeri entschlüpft ist. Dieser Riß hat sich dann geschlossen und ist mit dem Humerus verwachsen. Nachher erfolgte eine feste nicht beinige Verwachsung von Skapula und Humerus und in weiterer Folge sind die Muskeln verkürzt und atrophiert.

Was die Behandlung anbetrifft, so wurde, nachdem eine unblutige Reposition mißglückte, zu einer blutigen übergegangen.

Bei der Operation wurde eine extrakapsuläre Luxation gefunden. Die Reposition glückte erst nach teilweiser Resektion des Caput humeri.

Nach einer Nachbehandlung von einem Jahre wurde, was den Stand des Armes anbetrifft, ein gutes Resultat, was die Funktion anbetrifft, ein befriedigendes Resultat erzielt.

Graanboom (Amsterdam).

Paul Ewald, Zur Ätiologie der angeborenen Hüftgelenksverrenkung. (Zeitschr. f. Chir. Bd. 80. Heft 3—4. S. 366.) E. berichtet aus der Vulpiusschen Klinik über zwei Patienten, die gleichzeitig an angeborener Hüftverrenkung und Torticollis litten, und verficht im Anschluß an seine Beobachtung und die in der Literatur verzeichneten Fälle die Anschauung, daß es sich bei der angeborenen Hüftgelenksverrenkung in der größten Mehrzahl der Fälle um eine Belastungsdeformität handele. Es sprechen nach E. dafür die Fälle, die bei sonst durchaus normalem Körperbau neben der Luxatio coxae congenita eine zweite Anomalie (wie Torticollis, Pes varus, Genu recurvatum, Coxa vara) aufweisen. Doppelseitigkeit, Erblichkeit und das häufigere Vorkommen beim weiblichen Geschlecht sind nach seiner Ansicht keine Beweise gegen das Zustandekommen der Hüftluxation durch abnorme Belastung.

Joachimsthal.

Gustav Albert Wollenberg, Über die Kombination der angeborenen Hüftgelenksverrenkung mit anderen angeborenen Deformitäten. (Zeitschr. f. orthopäd. Chir. Bd. 15. Heft 1. S. 118.) W. erörtert gleichfalls die Frage: Für welche Ätiologie der kongenitalen Hüftluxation sprechen die Fälle von Mißbildungen bzw. Erkrankungen, welche mit derselben kombiniert vorkommen? Es finden sich nach seiner Auffassung in genügender Anzahl Fälle, welche ihm

Konfiguration nach denkbar günstigen Verhältnissen für eine mechanische intrauterine Luxierung des Hüftgelenks darbieten, ohne daß es zur Luxation kommt. Dieses sowie der Umstand, daß bei weitem die meisten Hüftluxationen keine Spuren intrauteriner Belastung darbieten, spricht für die Ätiologie des primären Keimfehlers. Joachimsthal.

Denis G. Zesas, Über den angeborenen Hochstand des Schulterblattes. (Zeitschr. f. orthopäd. Chir. Bd. 15. Heft 1. S. 1.) Z. stellt mit Einschluß einer eignen in der Hoffaschen Klinik gemachten Beobachtung 100 Fälle von angeborenem Hochstand des Schulterblattes zusammen. Das Maß der Verschiebung schwankte bei Kindern zwischen 2 und 6, bei Erwachsenen zwischen 3 und 12 cm. Die beobachteten Funktionsstörungen waren im allgemeinen unbedeutender Natur, die hochgradigsten derartigen Symptome bestanden in der Unmöglichkeit, den Arm über die Horizontale zu heben oder denselben horizontal seitwärts zu bewegen. Auch die Supination des Armes wurde zuweilen beeinträchtigt gefunden. Eine ziemlich gewöhnliche Nebenerscheinung des Schulterblatthochstandes war die skoliotische Verkrümmung der Wirbelsäule. Eine Behandlung kommt selten in Frage, da der in Rede stehenden Mißbildung im allgemeinen nur die Bedeutung eines Schönheitsfehlers zukommt. Die operativ erzielten Resultate ermutigen im ganzen genommen auch zu keinem operativen Eingriff. Joachimsthal.

Rombach, Zwei Fälle von Mißbildung des Fußes mit Ulcera neuroparalytica infolge von Spina bifida occulta. (Ned. Tydschr. v. Geneesk. 1906. Bd. 1. S. 1232.) Der erste Fall betrifft einen jungen Mann, dessen Beschwerden sich erst im Alter von 9 Jahren entwickelten. Bei dem bis zu diesem Alter vollkommen normalen Knaben zeigte sich allmählich sich verschlimmernder Equino varus-Stand des Fußes mit Störung beim Gehen, Incontinentia alvi et urinae, atonisches Hautulcus am Rücken des Fußes und eine Hautfistel auf der Höhe der Tubercula ossis ilei. Am Kreuze war kein abnormer Haarwuchs, doch wohl eine narbenartige Einziehung der Haut, welche eine lipomartige Verdickung der Haut an dieser Stelle begrenzte. An demselben Ort fehlten die Processus spinosi und war ein Hiat im Lendenteil des Wirbelkanals fühlbar.

B. war der Meinung, daß in Casu die Verwachsung von Dura mater mit der Haut und mit dem Lipom Ursache der klinischen Erscheinungen war, und deshalb wurde zur Operation geschritten, welche in Exzision des Lipoms bestand. Bei der Operation zeigte sich, daß das Lipom durch die Haut und die gespaltenen Wirbelbogen hindurch mit der Dura mater verwachsen war.

Einige Monate nach der Operation waren Incontinentia alvi et urinae geheilt und die Kraft in den Beinen bedeutend gebessert.

Graanboom (Amsterdam).

E. Schwalbe u. M. Gredig, Entwicklungsstörungen in Kleinhirn, Pons, Medulla oblongata und Halsmark bei Spina bifida. (Zentralbl. f. allg. Path. u. path. Anat. Bd, 17. Nr. 2.) S. und G. kündigen eine ausführliche Arbeit über die in der Überschrift ge-

nannten Entwicklungsstörungen bei Spina bifida an. Sie konnten vier übereinstimmende Fälle beobachten, wie sie in der Literatur bisher wenig beschrieben sind, und fordern zu einer Beachtung ihrer Befunde bei event. ähnlichen Fällen auf. Bennecke (Jena).

Guido Berghinz, Tumor des Rückenmarks bei einem Kinde mit Spina bifida. (Rivista di Clinica Pediatrica. VII. 1905.) Das 3jährige, mit Spina bifida geborene Kind hat linksseitigen Pes varo-equinus, rechtsseitigen Pes valgus. Die Regio dorsolumbalis ist lordotisch und an der Basis des Kreuzbeins konstatiert man eine eiförmige Vorwölbung; der Tumor zeigt mäßige Fluktuation. Es besteht absolute Incontinentia urinae et alvi; die Extensoren des Rumpfes und die vom Ischiadicus versorgten Muskeln sind paretisch. Der Tumor wurde operativ entfernt; das Kind starb 3 Monate später an Enteritis. Die Untersuchung des Tumors ließ vermuten, daß es sich um eine kongenitale Mißbildung handelte, bestehend in der Einschließung ektodermer Keime in das Rückenmark (Dermoidzyste?). F.

W. Chlumsky, Diabetes und Skoliose nach einem Trauma oder Blitzschlag. (Przeglad lekarski. 1906. Nr. 2.) Verf. beschreibt einen Fall bei einem 11jährigen Mädchen, woselbst nach einem Blitzschlag und wahrscheinlich nur durch denselben hervorgerufen, Diabetes und Skoliose aufgetreten sind. Beide Leiden zessierten nach ein paar Wochen ohne Hinterlassung irgend welcher Folgezustände, und ohne daß eine besondere Therapie sich als notwendig erwies.

Gabel (Lemberg).

W. Chlumsky, Die Mobilisierung der Wirbelsäule nach Klapp und die Gefahren dieser Behandlungsart. (Przeglad lekarski. 1906. Nr. 11.) Verf. warnt vor der Anwendung der von Klapp angegebenen Mobilisierungsart der skoliotischen Wirbelsäule.

Das Kriechen auf Vieren, wie es Klapp fordert, demobilisiert zwar die Wirbelsäule, jedoch verliert die letztere zugleich ihren Halt, wobei alle anderen die Skoliose bedingenden anatomischen Veränderungen unberücksichtigt gelassen werden.

In leichteren Fällen, wo bloß Nachlässigkeit im Spiele ist, kann man schon durch Hinlenken der Aufmerksamkeit auf die Art der Haltung zum Ziele gelangen, hier könnte diese Methode angewandt werden, obwohl auch ohne dieselbe eine bessere Haltung zu erzielen ist. Diese Mobilisierungsart berücksichtigt nicht tiefere Ursachen: außerordentliche Schwäche der Muskulatur, Weichheit der Knochen und viele andere grundlegende Momente. Verf. zitiert als Beweis dessen, daß mit der Mobilisierung allein nicht viel gemacht wird, einen allgemein bekannten „Schlangenmenschen", dessen Wirbelsäule wie ein Gummirohr beweglich war und der keine aufrechte Haltung im gewöhnlichen Leben besitzt, sondern einen exquisiten Buckel mit abstehendem Schulterblatt.

Auch kann Ch. Fälle anführen, wo übermäßige Mobilmachung der Wirbelsäule direkt geschadet hat. Ein paar Fälle, welche derart behandelt wurden, zeigten zwar eine außergewöhnlich mobile Wirbelsäule; die Eltern haben jedoch erst im Laufe der Behandlung bei

den früher gerade sich haltenden Kindern eine schiefe Haltung beobachtet, welche sowohl die Eltern als auch die die Übung Leitenden der Nachlässigkeit zugeschrieben haben.

Inzwischen konstatierte Verf. eine tatsächliche Verkrümmung der Rippen, mit einem Buckel als Endeffekt der Behandlung. Nach diesen Erfahrungen warnt Verf. vor der Anwendung von Klapps Methoden und rät zur Anwendung der älteren und erprobteren Heilmittel.

Gabel (Lemberg).

A. Schanz, Über die Resultate des Skoliosenredressements. (Wiener med. Presse. 1906. Nr. 13.) S. zeigt in Wort und Bild, welche Resultate man mit dem Redressement erzielen kann, speziell welche Dauererfolge zu erreichen sind, wenn die entsprechenden Bedingungen erfüllt werden, d. h. wenn die Nach- und Weiterbehandlung der Fälle in richtiger Weise und mit genügender Ausdauer geführt wird.

Grätzer.

O. Vulpius, Apparat und Operation in der orthopädischen Therapie. (Zentralblatt f. d. gesamte Therapie. 1905. Nr. 10.) V. gibt einen kurzen und klaren Überblick über das Thema und schließt mit den beherzigenswerten Worten:

„Nicht eine einzelne der beschriebenen Methoden kann jedesmal das beste Resultat zeitigen, ihre Kombination vielmehr — die Arthro- oder Tenodese des einen Gelenks, die Überpflanzung vielleicht im Bereich des anderen und daneben die möglichst beschränkte Verwendung eines portativen Apparats — eine solche Kombination ist es, die uns auch angesichts der schwersten Fälle von Kinderlähmung aus der pessimistischen Untätigkeit herauszutreten und die uns zu behaupten erlaubt, daß es heutzutage nur wenige solche Unglückliche gibt, denen wir keinerlei Hilfe angedeihen lassen können.

Was aber auf diesem Gebiete gilt, gilt überall in der orthopädischen Therapie: Nicht Apparat oder Operation darf unsere Losung sein. Die Beherrschung beider Methoden und ihre Verwertung am richtigen Ort, in richtiger Auswahl und in richtiger Kombination bedingt den Fortschritt der modernen orthopädischen Therapie, die nicht nur eine Verbesserung der Erfolge auf dem ursprünglichen Arbeitsgebiete, sondern auch eine ansehnliche Erweiterung des letzteren bedeutet.“

Grätzer.

C. Deutschländer (Hamburg), Über die Anwendung der Stauungshyperämie bei orthopädischen Operationen. (Zeitschrift f. ärztl. Fortbildung. 1906. Nr. 9.) D. hat seit einiger Zeit sowohl bei Frakturen im eigentlichen chirurgischen Sinne als auch speziell bei orthopädischen Knochentrennungen regelmäßig die Stauungshyperämie in Anwendung gezogen. Seine Erfahrungen erstrecken sich auf 14 abgeschlossene orthopädische Osteotomien, die sich auf alle Regionen des Ober- und Unterschenkels verteilen und ausschließlich Kinder betreffen. Die Stauung wurde täglich 6—8 Stunden mit einer kurzen Unterbrechung in der Mittagszeit unterhalten und die Heilungsvorgänge gewöhnlich am 10., 20. und 27. Tage mit Röntgenstrahlen kontrolliert. In sämtlichen Fällen ließ sich zunächst eine

wesentliche Beschleunigung der Verknöcherung konstatieren, so daß die Immobilisation bedeutend eingeschränkt werden konnte, sodann wurde eine erhebliche Abkürzung der Nachbehandlung dadurch bewirkt, daß Rigiditäten und Versteifungen von Gelenken sowie Knochenatrophie kaum mehr vorkamen. Im Durchschnitt betrug sie jetzt nur 14 Tage, so daß insgesamt die Behandlung einer Osteotomie unter Zuhilfenahme der Stauungshyperämie 6 Wochen in Anspruch nahm. 28 Tage nach der Operation — nach 3 wöchentlicher Stauungsbehandlung von täglich 6—8 Stunden — wurde der Gipsverband entfernt und sofort mit vorsichtigen Stehübungen und Massage begonnen. Nach 2—3 Tagen konnten die Kinder sich bereits mit Hilfe von Stützen fortbewegen, und in der sechsten Woche waren sie soweit, daß sie ohne jedes Hilfsmittel sicher und beschwerdefrei gehen konnten.

Grätzer.

M. Haudek, Die Behandlung des angeborenen Klumpfußes beim Neugeborenen und Säugling. (Wiener med. Presse. 1906. Nr. 12.) H. hat die Verfahren von Finck und v. Oettingen kombiniert und etwas modifiziert zur Anwendung gebracht: manuell durchgeführtes Redressement und Fixierung des Resultates durch einen redressierenden Verband. Die Behandlung kann — außer wenn das Kind besonders schwach ist — schon in den ersten Tagen nach der Geburt einsetzen und soll es, da eine möglichst frühzeitige radikale Beseitigung des Klumpfußes wünschenswert ist.

Die Redression erfolgt entweder auf einmal oder in einigen Etappen; letzteres ist als das schonendere Verfahren empfehlenswerter. Selbstverständlich müssen schon in der ersten Sitzung die hauptsächlichsten Hindernisse beseitigt und die Korrektur so weit getrieben werden, daß der Fuß wenigstens in eine leichte Adduktions- und Pronationsstellung gebracht werden kann. Die Korrektur führt H. mit Hilfe des modellierenden Redressements nach Lorenz aus. Bei demselben wird vorerst die Abduktion des Vorfußes behoben, wobei man besonders bei ganz kleinen Kindern zur Vermeidung von Malleolenbrüchen Sprunggelenk und Ferse fest umfassen muß. Um das Einreißen der Haut an der konkaven Seite möglichst zu vermeiden, wird die Haut dahin zusammengeschoben. Zur Beseitigung des Hohlfußes, der Inflexion, wird der vordere Abschnitt des Fußes gegen den hinteren aufgebogen; es wird hierbei der Vorderfuß kräftig in Dorsalflexion und Abduktion gedrängt, bis die Sohlenfläche konvex nach unten ausgebogen ist. Endlich wird die Korrektur der Spitzfußstellung ausgeführt, indem man den Fersenhöcker mit den Fingern umfaßt und die flache Hand auf die Sohlenfläche auflegt, um so den redressierenden, gegen den Unterschenkel gerichteten Druck besser wirken lassen zu können. In der durch das Redressement erzielten Korrekturstellung wird dann der Verband angelegt, der nun auch noch die Korrektur der Innenrotation des Unterschenkels besorgen soll. Dies geschieht dadurch, daß der Verband bei rechtwinklig abgebogenem Knie angelegt wird. Man bedarf zum Verbande einer 4—6 cm breiten und 2 m langen Barchent- oder Köperbinde, d. h. einer Binde aus einem auf einer Seite haarigen Stoff, sodann der Klebeflüssigkeit von folgender Zusammensetzung:

Terebinth. venet. 15,0
Kolophon. 28,0
Mastich. 12,0
Resin. alb. 8,0
Spirit. (90 %) 180,0
Äther 20,0
Filtra!

Diese Flüssigkeit wird mittels Borstenpinsels auf die Haut aufgetragen.

Aus den folgenden Schilderungen des Verfahrens führen wir folgende Bemerkungen an:

Der redressierte Fuß wird durch eine Hilfsperson in der korrigierten Stellung erhalten, indem diese mit der einen Hand den Oberschenkel in seinem oberen Drittel fixiert, das Kniegelenk rechtwinklig abbiegt und den an den Zehen gehaltenen Fuß in Pronation und Abduktion bringt. Es wird nun der Fuß auf seiner Dorsal- und Plantarseite mit der Klebeflüssigkeit bestrichen und die Binde, vom Außenrande des Fußes beginnend, über das Dorsum des Mittelfußes, über die Innenseite und die Sohlenfläche wieder nach dem Außenrande geführt. Die Binde haftet sofort fest und durch Zug an der Binde läßt sich der Fuß leicht noch mehr in die korrigierte Stellung drängen. Es wird nun die Außenseite des Unterschenkels und das untere Drittel des Oberschenkels an der äußeren und oberen Seite mit der Klebeflüssigkeit bestrichen. Die Binde wird hierauf außen am Unterschenkel bis an den Oberschenkel in die Höhe geführt, hier über die obere Fläche desselben nach der Innenfläche, dann nach hinten herum und das Knie an der Hinterseite kreuzend wieder nach der Außenseite des Unterschenkels geführt. Weiterhin läßt man nun die Bindentour schräg über die Vorderseite des Unterschenkels nach dem Innenrande des Fußes, und zwar möglichst weit nach vorn hin, so daß auch die große Zehe mit gefaßt wird, absteigen. Während man nun jetzt selbst den Fuß in möglichste Abduktion und Pronation drängt, wird die Binde unter kräftigem Zuge nach dem Außenrande des Fußes und den Kleinzehenrand gut stützend in der gleichen Weise wie die erste Tour nach dem Oberschenkel und spiralig wieder nach dem Innenrande des Fußes geführt; es folgt nun eine gleiche dritte Tour, die jedoch am Kleinzehenrande nicht so fest drücken soll. Durch einige leichte Zirkulärtouren um den Unterschenkel wird dann der Verband vollendet. In neuester Zeit habe ich die Bindentouren etwas modifiziert. Es erschien mir wünschenswert, auch die Supination der Ferse durch den Zug der Binde zu korrigieren, und ich führe deshalb nach der oben beschriebenen zweiten Tour die über den Unterschenkel absteigende Binde nicht nach der großen Zehe, sondern nach der Innenseite der Ferse hin; die Ferse wird unter kräftigem Zug mit der Binde gefaßt und nach außen, also in Pronation gedrängt. Die Binde wird dann weiterhin in gleicher Weise nach der Außenseite des Oberschenkels geführt und die vorhin beschriebene dritte Tour jetzt als vierte wieder nach dem Großzehenrand des vorderen Fußabschnittes hin ausgeführt und der Verband in der vorbeschriebenen Weise vollendet. Unmittelbar nach der Anlegung des Verbandes sind die Zehen weiß, doch erholen sie sich nach kurzer Zeit ($^1/_4$—$^1/_2$ Stunde) wieder vollkommen. Zum Schutze vor Durch-

nässung wird noch eine Mullbinde in der gleichen Tourenfolge übergewickelt und eine Hülle aus Billrothbattist übergezogen. Der Verband muß nun von der Mutter in sorgfältigster Weise trocken gehalten werden, was am besten durch Anlegung einer Windelhose geschieht. Am nächsten Tage soll der Verband kontrolliert und am zweiten Tage abgenommen werden. Die Binden lassen sich ohne jeden Nachteil für die Haut ablösen. Am selben Tage oder besser noch am nächstfolgenden wird, nachdem die in Falten gelegte Haut etwas massiert und das Kind gebadet wurde, ein neuer Verband in der gleichen Weise angelegt. War die Redression beim ersten Male nicht vollständig durchgeführt, so wird sie in dieser, eventuell noch in folgenden Sitzungen zu Ende geführt. Der zweite und die folgenden Verbände können nun, wenn sie gut trocken gehalten werden, 3 bis 5 Tage liegen bleiben. Jedesmal wird eine Periode von 1—2 verbandfreien Tagen eingeschoben. Ist die Redression vollkommen erreicht, so kann der Verband längere Zeit, bis zu 3 Wochen, liegen bleiben, wenn er entsprechend rein gehalten wird. Es sind dann noch mehrere derartige Verbände mit jedesmaligen verbandfreien Intervallen nötig, so daß die Behandlung je nach der Schwere der Deformität 3—6 Monate in Anspruch nimmt. In der verbandfreien Zeit läßt man das Füßchen von der Mutter massieren und leichte redressierende Bewegungen ausführen. Ist die Redression vollkommen durchgeführt, so wird für die Nacht, eventuell noch für einige Stunden des Tages ein redressierender Gummizug angewendet. Derselbe wird in ähnlicher Weise wie der Bindenverband angelegt. Das Schnallenende der Binde wird auf die Dorsalseite des Oberschenkels mit der Schnalle nach außen aufgelegt und nun die Binde unter dem Oberschenkel durch nach außen spiralig über den Unterschenkel nach der Innenseite des Fußes, unter diesem nach der Kleinzehenseite und die fünfte Zehe stützend außen am Unterschenkel in die Höhe geführt. Das Riemchen am anderen Ende der elastischen Binde wird unter festem Anziehen der Binde in der Schnalle befestigt; dadurch wird der Fuß in exaktester Weise in vollkommen korrigierter, bzw. überkorrigierter Stellung erhalten.

Um das Abrutschen des Gummiriemens zu verhindern, wird ein Band unter der Kniekehle zwischen Knie und Gummibinde durchgeführt und unter dem Oberschenkel über der elastischen Binde gekreuzt; die beiden Schenkel des Bandes werden hierauf um den Oberschenkel herumgeführt und über demselben geknotet. Beginnen die Kinder zu gehen, so läßt man sie einen Schuh mit keilförmiger Einlage tragen; die Sohle soll an der Außenseite etwa $1\frac{1}{2}$—2 cm stark sein; dadurch wird der Fuß beim Auftreten in Pronation und Abduktion gedrängt. Der oben beschriebene Gummizug wird auch in jenen Fällen recht gute Dienste leisten, in denen die Finck-Öttingensche Behandlung nicht durchführbar ist und bei denen man sich mit der zu Hause geübten Redressionsbehandlung begnügen muß. Die Gummibinde ist auch ein recht guter Ersatz der vielfach angewendeten Schienen, die den Fuß in der korrigierten Stellung festhalten sollen. Die Behandlung mittels des Finck-Öttingenschen Verfahrens wird auch bei Kindern, die älter als 9 Monate sind, recht

gut durchgeführt werden können; da aber in diesem Alter die Reinhaltung der Kinder schon leichter möglich ist, so wird es in solchen Fällen, besonders wenn es sich um Patienten handelt, die nicht unter steter ärztlicher Kontrolle gehalten werden können, zweckmäßiger sein, das durch das Redressement erreichte Resultat in einem Gipsverbande zu fixieren. Die Korrektur der Deformität erfolgt in diesen Fällen mittels des modellierenden Redressements in Narkose und womöglich in einer Sitzung.

Es eignet sich das Finck-Öttingensche Verfahren, da die Klebeflüssigkeit die Haut absolut nicht irritiert, besonders auch für die Behandlung von Kindern, die eine empfindliche Haut haben, auch wenn dieselben schon etwas älter sind. Unter dem Gipsverbande kommt es in diesen Fällen sehr bald zu Ekzem, das dann die Fortführung der Besandlung unmöglich macht. Grätzer.

Pätzold (Königsberg), Zur Frage der Osteotomie des Genu valgum adolescentium. (Bruns Beiträge z. klin. Chirurgie. Bd. 47. Heft 3.) P. weist darauf hin, daß man bei der Korrektur des Genu valgum nicht, wie meistens üblich, die Osteotomie nur am Femur vornehmen soll, sondern daß nur das Verhalten der Kniegelenksspalte maßgebend sein soll, insofern als je nach der Lage der Verkrümmung durch Osteotomie an Femur oder Tibia, unter Umständen an beiden die normale wagerechte Lage der Kniegelenksspalte hergestellt werden muß, um nicht nur ein gerades, sondern auch ein gut funktionierdes Bein zu erzielen. In der Königsberger Klinik wird vor allen Methoden, Redressement, Osteoklasie und Osteotomie, immer der Durchtrennung des Knochens mit dem Meißel der Vorzug gegeben.

23 Krankengeschichten und eine Anzahl Röntgenbilder sprechen für die Richtigkeit des angegebenen Gesichtspunktes für die Wahl die Osteotomiestelle. Vulpius-Ottendorff.

C. Hübscher, Zur plastischen Achillotomie nach Bayer. Ein einfaches Tenotom. (Zeitschr. für orthopäd. Chir. Bd. 15. Heft 1. S. 86.) H. tritt mit aller Wärme für die Bayersche subkutane Verlängerung der Achillessehne ein, die er 81mal znr Ausführung gebracht hat. Die kleine Operation besteht bekanntlich in dem subkutanen seitlichen Einkerben der Sehne von zwei Stichöffnungen aus bis zur Mitte, ohne daß die Endpunkte der entgegengesetzten Halbschnitte durch eine Längswunde getrennt werden. Die Längstrennung erfolgt stumpf unter leichter Dorsalflexion des Fußes, und zwar so glatt, als ob sie mit dem besten Messer erfolgt wäre. Zur Ausführung benutzt H. ein Tenotom, das an dem einen Ende eine kleine Lanze zum Einstich in die Haut, am andern ein kleines gedecktes Tenotom trägt. Joachimsthal.

A. Lorenz, Die Indikationen zur Sehnenverpflanzung. (Wiener med. Wochenschrift. 1906. Nr. 3.) **O. Vulpius,** Über die Indikationen zur Sehnenverpflanzung. (Wiener med. Wochenschrift. Nr. 11 u. 12.) L. warnt vor Mißbrauch der Sehnenüberpflanzung, wie er seiner Ansicht nach heutzutage herrscht. „Heute ist keine Sehne mehr vor einer Überpflanzung sicher, wenn ihr Muskelbauch auch nur einige Fäden kontraktiler Substanz auf-

zuweisen hat." Er spricht von „Transplantationsorgien" und schließt seine Auseinandersetzungen mit folgenden Sätzen:

„Alles in allem, kann ich der Sehnentransplantation in der Therapie der paralytischen Kontrakturen durchaus nicht jene dominierende Rolle zuerkennen, welche ihr allgemein zugesprochen wird. Das gründliche modellierende Redressement der paralytischen Deformitäten vermag ganz gut selbst ohne jede Sehnenverpflanzung ihren Aufgaben am Fuße gerecht zu werden; von der Transplantation „allein" kann man ein Gleiches nicht behaupten.

Hingegen kann das auf dem Wege des modellierenden Redressements vorgängig gewonnene Resultat durch eine Transplantation, welche dann in der Regel einen sehr einfachen Eingriff darstellt, ganz wesentlich verbessert werden.

Das modellierende Redressement schränkt die Sehnenverpflanzung ein, wird aber gleichzeitig durch diese Operation ergänzt und als Behandlungsmethode zur möglichen Vollendung gebracht. Auf der richtigen Verbindung von Redressement und Sehnenverpflanzung beruht das Geheimnis „jenes" Erfolges, welcher für den Patienten mit den geringsten Opfern an Zeit und Krankenlager verbunden ist.

Ganz anders aber liegen die Verhältnisse an der von Lähmung betroffenen Hand. Hier tritt das modellierende Redressement gegenüber der Sehnenverpflanzung vollkommen in den Hintergrund. Hier beherrscht die Transplantation fast allein das Feld, und es gebührt ihr die breiteste Indikationsstellung.

Auf dieses interessante Kapitel einzugehen, muß ich mir augenblicklich versagen. Hier winkt der orthopädischen Chirurgie ein zwar schwieriges, aber herrliches Arbeitsterrain, auf welchem auch der kleinste Erfolg für den Patienten hundertfachen Wert besitzt. Hieraus erwächst uns die Pflicht, diesem neuen Arbeitsfelde unsere volle Aufmerksamkeit zu widmen."

In sehr geschickter Weise wehrt V. diese Angriffe ab, sich dabei auf seine reichen Erfahrungen stützend. Er zeigt, daß die früheren eigenen praktischen Versuche von L. keineswegs maßgebend für die Beurteilung der Sehnenverpflanzung sein können, und daß L. auch theoretisch von falschen Voraussetzungen ausgeht. Er weist dem Gegner Punkt für Punkt seine Fehler nach und zeigt, welch umfassendes Indikationsgebiet die Sehnenverpflanzung heutzutage hat und wie sehr L. Unrecht tut, diese segensreiche Operation auf ein so kleines Gebiet einzuschränken und ihm eine so untergeordnete Rolle anzuweisen. Er hofft, daß L. sehr bald seine vorgefaßte Meinung aufgeben und ebenfalls ein warmer Freund der Sehnentransplantation werden wird.

Grätzer.

H. Döring, Die Behandlung des Caput obstipum. (Aus der Chirurg. Klinik der Univers. Göttingen.) (Deutsche med. Wochenschrift. 1906. Nr. 27.) D. geht kurz auf die üblichen Behandlungsmethoden des Caput obstipum ein und fährt dann fort:

„Welche von diesen zahlreichen Methoden sollen wir nun anwenden? Doch wohl diejenige, die bei kleinstem, leicht ausführbarem Eingriff gute und dauernde Resultate gibt. Als eine solche müssen

wir nach den Erfahrungen der Göttinger Klinik, die sich auf einen Zeitraum von über 10 Jahren erstrecken und 35 Fälle von kongenitalem Schiefhals umfassen, durchaus die offene, einfache Tenotomie des Kopfnickers ansehen. Sie gilt uns als das Normalverfahren für leichte und schwere Fälle. Den kleinen, wenige Zentimeter langen, nach unten leicht konvexen Hautschnitt legen wir etwa einen Querfinger breit oberhalb der sternalen und klavikularen Ansatzstelle des Muskels an, präparieren dann den Hautlappen etwas nach oben zurück und durchschneiden bei leichter Neigung des Kopfes nach der gesunden Seite hin schichtweise die sich anspannenden Muskelpartien unter immer stärkerer Anspannung der Muskulatur. Besonderes Gewicht wird darauf gelegt, lateral vom Muskel gelegene, öfters ebenfalls verkürzte Partien des Platysma, der Halsfascie oder gelegentlich auch des Trapezius durch die Biegung des Kopfes zu dehnen oder, falls ein genügendes Nachgeben nicht erreicht werden kann, diese sich anspannenden Fasern ebenfalls zu durchtrennen. Die kleine Wunde wird nach genauer Blutstillung meist ohne Einlegung eines Drains genäht, wobei, entsprechend der Anlage des Hautschnittes, die Muskelwunde einige Zentimeter höher liegt als die Nahtstelle der Haut. Alsdann wird unter leichter Neigung des Kopfes nach der gesunden Seite ein fixierender Verband mit Stärkebinden angelegt. Nach Heilung der Wunde erfolgt sofort die Anfertigung einer Zelluloidkrawatte, die Schultern, Kinn und Hinterhaupt bis zur Mitte umfaßt. Letztere muß etwa $^1/_2$ Jahr lang getragen werden. Bei der Nachbehandlung haben wir Massage oder orthopädische Übungen, kombiniert mit Extension des Halses, angewendet, von einem energischen Redressement der Halswirbelsäule intra operationem jedoch, wie es Lorenz empfiehlt, abgesehen. Die dabei gelegentlich beobachteten schweren Zufälle — Reiner und Föderl berichten darüber und wollen ihr Auftreten durch Kompression der Carotis und Zerrung der Nerven erklären — haben uns davon abgehalten.“

Mit den Erfolgen konnte man zufrieden sein; bei 32 Fällen wurde der Zweck der Operation vollkommen und dauernd erreicht. Grätzer.

Hildebrandt, Über eine neue Methode der Muskeltransplantation. (Arch. f. klin. Chir. Bd. 78. Heft 1. S. 75.) Bei dem 4jährigen Kinde, über das H. berichtet, war $^3/_4$ Jahre vor dem Eintritt in die chirurgische Klinik der Charité plötzlich eine Lähmung der linken Schulter eingetreten. Es ergab sich, daß eine vollständige Funktionsunfähigkeit der Musculi sternocleidomastoideus, cucullaris (N. accessorius), serratus anticus major (N. thoracicus longus), infraspinatus (N. suprascapularis), deltoideus und teres minor (N. axillaris) zurückgeblieben war. Jede Erhebung des Armes war ausgeschlossen. Infolge des Schwundes der Kapselspanner bestand ein Schlottergelenk, welches so bedeutend war, daß man bequem zwei Finger hineinlegen konnte. Der Arm hing schlaff, einwärts rotiert und adduziert am Körper herab; im Schultergelenk waren nur Schleuderbewegungen möglich. Um Ersatz für den gelähmten Heber des Armes, den Deltoideus, zu schaffen und das Schlottergelenk zu beseitigen, benutzte H. mit Erfolg den noch funktionierenden Pectoralis major. Man

durchtrennte die Haut durch einen Schnitt, welcher vom Ansatz der vierten Rippe ab am linken Sternalrande entlang senkrecht nach oben bis zur Articulatio sternoclavicularis verlief, daselbst rechtwinklig abbog und dicht oberhalb des Schlüsselbeins bis zum Akromion, von da aus über die Schulterhöhe bis fast zum Ansatze des Deltoideus reichte. Somit wurde ein großer Hautlappen umschnitten, dessen Basis nach unten gelegen war. Dieser wurde soweit zurückpräpariert, daß fast der ganze Pectoralis maj. und Deltoideus freilag. Dann wurde der sternoclaviculare Ursprung des großen Brustmuskels hart am Knochen durchtrennt und von der Thoraxwandung vollständig abgelöst. Hierbei kam man an die unter dem Schlüsselbein hervortretenden, von oben in den Muskel hineinlaufenden Nervi thoracici anteriores, welche, ebenso wie die großen Gefäße, sorgfältig geschont wurden. Jetzt hing der Pectoralis major nur noch mit seinen unteren Fasern am Brustkorbe; auch diese wurden durchschnitten, Es ließ sich sein Ansatz nunmehr unschwer über denjenigen des gelähmten Deltoideus verlegen, indem er eine Drehung von 80° erfuhr. Er wurde an das laterale Drittel der Clavicula und des Akromion durch derbe Katgutnähte fixiert, nachdem eine Rinne in den weichen Knochen geschnitten war. So zogen also die Fasern des Pectoralis major von oben, vom Akromion und dem akromialen Teile der Clavicula her direkt über die Schulterhöhe nach der Crista tuberculi majoris humeri, mußten also im Sinne der Hebung und Adduktion des Oberarms wirken. Über den Muskel wurde die Haut vollständig durch Seidennähte vereinigt. Der Humerus wurde fest in die Pfanne gestellt und der Verband bei horizontal gelagertem Oberarm angelegt, um den Pectoralis zu entlasten. Der Erfolg des Eingriffes entsprach den Erwartungen. Die Wunde heilte per primam; der transplantierte Muskel übte seine Funktion in der gewünschten Weise aus. Bei der Entlassung 6 Wochen nach der Operation bestand kein Schlottergelenk mehr, die kleine Patientin konnte den Arm nach vorn bis beinahe zur Horizontalen erheben. Auch die elektrische Untersuchung zeigte, daß sich der überpflanzte Pectoralis prompt vom Nerven sowie vom Muskel her erregen ließ. Joachimsthal (Berlin).

Bunge (Königsberg), Zur Technik der Erzielung tragfähiger Diaphysenstümpfe ohne Osteoplastik. (Bruns Beiträge z. klin. Chirurgie. Bd. 47. Heft 3.) Verf. bespricht zunächst die von Bier angegebenen Methoden der osteoplastischen Amputation und die von Hirsch empfohlene Art der Nachbehandlung zur Erzielung tragfähiger Diaphysenstümpfe. Er kommt zu dem Schlusse, daß die von Periost und Mark ausgehenden Knochenneubildungen die Ursache der Schmerzhaftigkeit seien, und daß die von Bier und Hirsch stammenden Verfahren deswegen gute Resultate erzielen, weil in dem ersteren Falle das Auftreten solcher Wucherungen verhindert, im anderen Falle durch die Nachbehandlung die Weichteile widerstandsfähig gemacht bzw. die Exostosen zum Verschwinden gebracht werden können. B. schlägt deshalb vor, den Knochenstumpf auf einige Millimeter von Periost und Mark zu entblößen, ein Verfahren, welches ihn in 12 Fällen von Unterschenkelamputation und

etwa der doppelten Anzahl von Oberschenkelabsetzungen gute Resultate erzielen ließ. Vulpius-Ottendorff.

A. M. Vargas, Zur Pathologie des Malum Pottii. (Monatsschrift f. Kinderheilkunde. April 1906.) V. führt die Photographien der Wirbelsäule eines 13jährigen Mädchens vor, das an Tuberkulose starb. Bei der Autopsie und bei der Präparation der Wirbelsäule zeigten sich Einzelheiten, die für das Verständnis der Knochenpathologie der Wirbelsäulentuberkulose von Bedeutung sind.

V. bespricht den pathologischen Befund und dann folgende Punkte:

1. Die starke Ausbreitung der Karies;
2. die Eintrittsstellen der Karies in die Wirbelkörper, die Gelenkflächen, die Wirbelbogen, die Gelenk-, Quer- und Darmfortsätze;
3. die Dimensionen des Wirbelkanals und Läsionen des Rückenmarks;
4. die stark ausgesprochene Ankylose der Wirbelsäule;
5. die heilende Knochenneubildung, welche in diesem Falle vollständig fehlte.

V. kommt hier zu dem Resumee, daß im Heilungsprozeß bei Pottscher Krankheit drei Mechanismen angenommen werden können: 1. die Verschmelzung der in Berührung kommenden Körper; es bildet sich ein intermediärer Callus und zuletzt die Verknöcherung; 2. wenn die Oberflächen getrennt sind, verhindern die zu geringe Lebensfähigkeit des tuberkulösen Gewebes, der Eiter und die Fungi die kleinen Ansätze, sich zu verknöchern; aber es kann sich durch Einwirkung des Periosts ein fibröses Gewebe bilden, das nach Ablauf langer Zeit verknöchert; 3. Bildung von Knochennarben oder Bändern, die als Brücken oder Kämme dienen. In der Wirbelsäule, die V. beschreibt, sieht man kein Anzeichen von Knochenregeneration, noch von Verschmelzung durch Kontakt, noch auch fibröse Bloques, noch auch Knochensäulchen; es fehlt nicht nur jedes Anzeichen der Regeneration, sondern es ist nicht einmal ein Knochenknoten oder -knötchen in der ganzen ausgedehnten kariösen Oberfläche zu sehen. Es ist eine Demonstration der schwachen Vitalität der Knochengewebe in der Pottschen Krankheit. Grätzer.

Stich (Königsberg), Über Veränderungen am Fußskelett nach Talusexstirpation. (Bruns Beiträge z. klin. Chirurgie. Bd. 47. Heft 3.) Nachuntersuchung von vier Patienten jugendlichen Alters, bei denen wegen Karies die Exstirpation des Talus vorgenommen war, ergab, daß die benachbarten knöchernen Bestandteile des Fußes, speziell des Calcaneus, ein vermehrtes Wachstum zeigten, so daß dies Größerwerden in Verbindung mit einer steileren Stellung des Fersenbeins die durch die Operation gesetzte Verkürzung zum Teil wieder ausglich. Verf. führt diesen Vorgang auf den mechanischen Reiz durch die Erschütterung beim Gehen zurück und weist darauf hin, daß man unter solchen Verhältnissen die verstümmelnde Operation der Talusexstirpation nicht so sehr zu scheuen brauche.

Vulpius-Ottendorff.

Gümbel, Beitrag zur Histologie des Callus. (Virchows Archiv. Bd. 183. Heft 3.) G. hatte Gelegenheit die Callusbildung an

Knochen, die von Kindern und Hunden, denen zu anderen Zwecken die sensiblen Wurzeln der unteren Lumbal- und oberen Sacralsegmente durchschnitten waren, stammten, zu untersuchen. Er fand, daß die metaplastische Knochenbildung dabei eine große Rolle spielt, und zwar ist sie abhängig von der Gefäßversorgung. Bei ungenügender Vaskularisation bilden sich sowohl im periostalen wie im Markkallus metaplastisch Knochen. Dagegen tritt die Ossifikation nach endochondralem Typus ein, sowie die Gefäßversorgung eine genügende wird, so daß den Ernährungsverhältnissen für die Art der Knochenbildung ein großes Gewicht beizulegen ist. Die Nervendurchschneidung scheint die Bildung von Fasermark im Markkallus zu begünstigen.

Bennecke (Jena).

E. Böcher (Däne), Fall von angeborenem Riesenwuchs. (Hospitalstidende. 1906. Nr. 13.) Angeborene kolossale Vergrößerung der rechten Hüfte und Unterextremität, abwärts zunehmend und in den drei medialen Zehen kulminierend. Eine gute Photographie und Röntgenbilder beleuchten die Deformität.

Adolph H. Meyer (Kopenhagen).

M. Hofmann, Zur Pathologie des angeborenen partiellen Riesenwuchses. (Beitr. z. klin. Chir. 1906. Bd. 48. Heft 2.) H. beschreibt einen 12jährigen Knaben, dessen erste bis dritte rechte Zehe mit den dazugehörigen Metatarsalknochen von Geburt an hypertrophiert waren. Nach den histologischen Untersuchungen der exartikulierten Zehen nehmen an dem exzessiven Wachstum alle Gewebe Teil, besonders aber die Knochen, wobei es sich bei diesen um eine bedeutend vermehrte endochondrale und periostale Ossifikation mit gleichzeitigem Auftreten von regressiven Veränderungen am Epiphysenknorpel handelt.

Vulpius-Ewald (Heidelberg).

K. Försterling, Über Wachstumsstörungen nach kurzdauernden Röntgenbestrahlungen. (Aus der chirurg. Abteilung des städt. Krankenhauses I in Hannover.) (Zentralblatt f. Chirurgie. 1906. Nr. 19.) F. bestrahlte ca. 20 junge Tiere; bei allen traten darauf erhebliche Wachstumsstörungen ein. Meist waren schon 10 Minuten hinreichend. Es wurden auch Zweige von Ahorn, Kastanie u. a. Pflanzen, an denen Knospen kurz vor dem Aufbrechen waren, während 20 Minuten röntgenisiert. Jedesmal zeigte die exponierte Knospe schon nach 2 bzw. 3 Tagen ein ganz erhebliches Zurückbleiben gegen die am gleichen Aste befindlichen nicht bestrahlten.

Aus diesen Versuchen geht hervor, daß bei jungen, noch im starken Wachstum begriffenen Tieren schon kurzdauernde einmalige Röntgenbestrahlungen, die geringer sind als unsere gebräuchlichen therapeutischen Dosen, eine erhebliche Wachstumshemmung in den exponierten Körperteilen hervorrufen können und fast stets auch hervorrufen. Je älter die Tiere sind, desto geringer scheint die Wirkung des Röntgenlichtes zu sein; je jünger die Tiere sind, desto geringere Röntgenlichtdosen sind erforderlich.

Wir müssen daraus folgern, daß therapeutische Röntgenbestrahlungen bei kleinen Kindern nur bei malignen Neu-

bildungen und malignen Erkrankungen (z. B. Leukämie) angewandt werden dürfen. Auch dann muß der übrige Körper in ausgedehnter und exakter Weise durch Abblendung und Abdeckung geschützt werden. Ferner empfiehlt es sich auch, die Röntgenaufnahmen möglichst einzuschränken, vor allem dieselben nicht zu schnell und häufig zu wiederholen wegen der kumulierenden Wirkung der Röntgenstrahlen. Die geringste Dosis Röntgenlicht, die event. schon Schädigung hervorruft, ist noch nicht bekannt. Grätzer.

L. v. Lesser (Leipzig), Eine seltene Erkrankung am Knie. (Deutsche med. Wochenschrift. 1906. Nr. 12.)

Im Juli 1902 bekam der $14^3/_4$ Jahre alte Schüler plötzlich Schmerzen im linken Knie. Ende September 1902 stellten sich ohne besondere Veranlassung Schmerzen am rechten Knie ein. Im Mai 1903 erneute Beschwerden, ebenso Weihnachten 1903. Patient klagt über Müdigkeit in beiden Beinen und über die Schwierigkeit, wenn er sitzt, sich ohne Hilfe der Hände vom Stuhle zu erheben. Das Müdigkeitsgefühl steigert sich bei Hinaufsteigen auf einer Treppe, verliert sich aber beim gewöhnlichen Herumgehen. Anhaltendes Stehen ruft ebenfalls das Müdigkeitsgefühl hervor; ebenso das Durchdrücken beider Kniee oder auch das Liegen auf dem Rücken mit gestreckten Beinen (daher schiebt Patient bei Rückenlage stets ein Rollkissen unter die Kniekehlen). Will Patient sich hinsetzen, so sinkt er plötzlich auf den Stuhl hinab, so daß er sowohl beim Setzen wie beim Aufstehen vom Stuhle sich auf die Hände stützen muß. Auch vermag der Patient nicht in hockender Stellung, d. h. mit rechtwinklig gebogenen Kniegelenken und mit nach vorn gebeugtem Oberkörper, längere Zeit zu verharren. — Die ganze rechte untere Extremität scheint abgemagert, vor allem der Oberschenkel; er ist etwa 1 cm dünner als der linke. Dagegen ist der Umfang des rechten Unterschenkels, über die Tuberositas tibiae gemessen, etwa 1 cm größer als links. Beide Tibiae und beide Fibulae gleich lang. Rechts Tuberositas tibiae stark prominent und druckempfindlich im Bereiche eines Längsovals unterhalb des Sehnenansatzes vom M. quadriceps fem. Dieses Längsoval läßt sich gerade mit der Kuppe des Zeigefingers decken. Links ist die Tuberositas tibiae um die Hälfte weniger prominent. Auch hier besteht eine Druckempfindlichkeit, indes geringeren Grades, im Bereiche eines Querovals oberhalb des Ansatzes der Quadricepssehne.

Der Vater des Patienten soll noch heute starke Prominenz der Tuberositäten beider Tibiae aufweisen. Diese Prominenz wird auf ähnliche Beschwerden wie diejenigen des Patienten zurückgeführt, und sie sollen sich bei dem Vater bereits in den Jugendjahren, angeblich nach einem Sprunge über einen Tisch eingefunden haben.

Die am 8. Juni 1904 vorgenommene Röntgendurchleuchtung bestätigte die Diagnose, daß es sich um eine doppelseitige Erkrankung im Bereiche des Kniegelenks handle, wie sie zuerst von Schlatter beschrieben wurde: Einreißung bzw. Abknickung des von der genualen Tibiaepiphyse nach abwärts herabsteigenden schnabelförmigen Fortsatzes, aus welchem um das 12., 13. oder 14. Lebensjahr die Tuberositas tibiae entsteht, um etwa zwischen dem 17. und 19. Lebensjahr zu verknöchern. Bei der Verknöcherung kommen zwei Knochenkerne mit ihren Verknöcherungszonen zur Verschmelzung: der eine in der Spitze des schnabelförmigen Fortsatzes und der andere in der Gegend der späteren Tuberositas. Verzögert sich die Verschmelzung, so können — wie am rechten Knie des obigen Patienten — Einrisse zwischen den beiden Knochenkernen entstehen, oder es kommt zu queren Einknickungen der neugebildeten Spongiosa oberhalb des oberen Knochenkerns des schnabelförmigen Fortsatzes, wie am linken Knie des obigen Patienten sich feststellen ließ. Grätzer.

Drandt (Königsberg), Zur Behandlung der Kniegelenkstuberkulose mit besonderer Berücksichtigung der Resektion. (Bruns Beiträge z. klin. Chirurgie. Bd. 47. Heft 3.) Die Arbeit bezieht sich auf 252 Patienten der Königsberger Klinik, bei denen in 177 Fällen die Resektion ausgeführt wurde, von welch letzteren 86 unter 15 Jahren waren. Unter diesen Resektionen ergaben sich für die erste Zeit 85,88 % Heilungen und 7,92 % Besserungen, während die übrigen teils starben, teils nachträglich amputiert werden mußten. Die Nachuntersuchung erstreckte sich auf 124 Fälle, von denen in der Zwischenzeit sieben gestorben waren, zwei hatten noch Fisteln, die übrigen waren geheilt geblieben. Verkrümmungen fanden sich nur bei Patienten, die vor dem 13. Lebensjahr reseziert worden waren. In 17,09 % bestand keine meßbare Verkürzung, in der Mehrzahl (55,55 %) Verkürzung bis zu 3 cm, beim Rest stärkere Verkürzung, teilweise weil die Erkrankung seinerzeit bis zu den Epiphysenlinien vorgedrungen war.

Vulpius-Ottendorff.

Isemer, Zur Frage der tuberkulösen Erkrankung des Warzenfortsatzes im Kindesalter. (Archiv für Ohrenheilkunde. Bd. 67. Heft 2.) Durch die Mitteilungen Henricis angeregt, untersuchte Verf. systematisch 40 Fälle von Mastoiditiden bei Kindern bis zu etwa 13 Jahren und kommt zu folgenden Resultaten. Die Häufigkeit des Vorkommens der Warzenfortsatztuberkulose ist in der ersten Hälfte des Kindesalters größer als man annimmt, etwa 13 % aller Mastoiditiden sind tuberkulös. Von diesen sind etwa die Hälfte hämatogen, die andere Hälfte durch Fortleitung vom erkrankten Nasenrachenraum entstanden. Der Beginn der Erkrankung ist schleichend und wenig schmerzhaft; der Operationsbefund gibt nur unsichere Anhaltepunkte. Beweisend ist nur die mikroskopische Untersuchung erkrankter Teile. Die Prognose ist bei den hämatogen entstandenen tuberkulösen Mastoiditiden sehr günstig, bei den fortgeleiteten tuberkulösen Ohrerkrankungen dagegen wird das Leben der Patienten bedroht.

A. Sonntag (Berlin).

K. Gaugele, Zur Behandlung der tuberkulösen Fisteln. mit der Bierschen Saugglocke. (Zentralblatt f. Chirurgie. 1906. Nr. 28.) G. beschreibt folgenden Fall:

„Es handelte sich um einen sehr schwächlichen Jungen von 6 Jahren, der vor ca. 1 Jahr in vollkommen desolatem Znstand in unsere Behandlung trat. — Nach Angabe der Mutter litt er seit 2 Jahren an linksseitiger Hüftgelenksentzündung. Bei der Aufnahme bestanden starke Reizerscheinungen, das Gelenk war bei der Betastung sehr schmerzhaft, Patient konnte weder gehen noch stehen.

Patient erhielt zunächst einen Gipsverband, nach ¼ Jahr trat Abszeßbildung auf, die auf der Vorderseite der Leiste zum Vorschein kam und des öftern punktiert wurde. Zu gleicher Zeit spritzten wir Jodoform-Glyzerinemulsion in das Hüftgelenk ein. Kurz vor Weihnachten 1905 machten wir die atypische Resektion, indem wir nur das sichtbar Krankhafte entfernten. Nach kurzer Zeit war die Wunde bis auf eine kleine Fistelöffnung geheilt, und Patient wurde mit gefenstertem Gipsverband nach Hause entlassen.

Nach ca. 8 Wochen erschien jedoch Patient wieder und hatte drei größere Fisteln, eine auf der Vorderseite, zwei auf der Rückseite; an den Fistelöffnungen befanden sich zirka markstückgroße granulierende Flächen, die sehr starke Eiterabsonderungen zeigten.

Wir gebrauchten nun sofort täglich 2mal die Biersche Saugglocke, und zwar in der Weise, daß die Glocke auf jeder Fistelöffnung je $^3/_4$ Stunden lang aufgesetzt wurde, wobei Pausen von 5 Minuten mit Saugungen von 5 Minuten abwechselten.

Nebenbei erhielt Patient täglich ein kurzdauerndes Bad (7 Minuten) mit Fichtennadelextrakt bzw. Neurogensalz.

Schon nach 8 Tagen war die Eiterabsonderung nur noch minimal.

Nach 2—3 Wochen hatten sich die Fisteln auf 10-Pfennigstückgröße verkleinert; die weitere Ausheilung ging etwas langsamer von statten. Nach 8 Wochen waren die Fisteln bis auf die Fläche eines Quadratzentimeters verheilt.

Dabei sah ich nun folgendes:

Die kleine, 1 qcm große Fläche trocknete nach der jedesmaligen Stauung sehr stark aus und war bis zum anderen Tage vollkommen mit einer zarten Haut geschlossen. Die Stauung wurde ausgesetzt, 2 Tage darauf war aber die ganze neugebildete Haut durch angesammeltes Sekret wieder zum Platzen gebracht. Dieser Vorgang wiederholte sich 2—3 mal. Ich ging deswegen später so vor, daß ich, wenn sich die eben gebildete Hautbedeckung gebildet hatte, darauf achtete, ob sich unter dieser Flüssigkeit ansammelte. Sah ich nun die geringste Ansammlung, so machte ich an dieser Stelle mit einer feinen Nadel einen Einstich und setzte die Glocke mit ganz geringer Saugwirkung auf; es entleerte sich dann durch die kleine Öffnung die angesammelte Flüssigkeit ganz allmählich, ohne diese merklich zu vergrößern. So gelang es mir, die drei Fisteln in weiteren 8 Tagen zum vollkommenen Verschluß zu bringen. Es bildeten sich derbe Narben, welche sich schön einzogen.

Patient wurde mit einem Hessingschen Schienenhülsenapparat entlassen und befindet sich nach den Angaben der Mutter vollständig wohl und kann ohne Unterstützung schön gehen.“ Grätzer.

Carlo Comba, Über eine nicht häufige Komplikation der Tuberkulose der peribronchialen Drüsen bei Kindern. (Rivista di Clinica Pediatrica. April 1905.) Es handelte sich um einen 11jährigen Knaben, der seit längerer Zeit an trockenem Husten gelitten, dann Fieber bekam und bei dem die Mutter eines Abends sah, daß zuerst die linke Seite des Halses und der Brust, dann aber auch die rechte allmählich anschwoll; gleichzeitig war Atemnot vorhanden. Am nächsten Tage expektorierte der Knabe einen weißlichen, mandelgroßen weichen Körper. Danach nahm die Atemnot und der Husten ab. Als Patient am nächsten Tage ins Krankenhaus gebracht wurde, wurde ein Hautemphysem am Halse und an den oberen Partien des Thorax konstatiert. Die Lymphdrüsen des Rachens waren geschwollen; über den untern zwei Dritteln der linken Thoraxseite hörte man Bronchialatmen, Bronchophonie und Krepitieren. Patient starb 3 Wochen später unter den Symptomen der tuberkulösen Meningitis. Man fand bei der Sektion des Thorax außer einer Bronchopneumonie zahlreiche Lymphdrüsenschwellungen im vorderen und hinteren Mediastinum; im Hauptbronchus der linken Seite fand man unterhalb seiner Ursprungsstelle, lateralwärts und über dem oberen Bronchus eine Ulzeration, die den Bronchus mit einer unregelmäßigen Höhle in Verbindung setzt, die von einer festen Bindegewebskapsel umgeben ist. Der von dem Kind expektorierte Körper ergab sich bei nachträglicher mikroskopischer Untersuchung als ein Stück einer Lymphdrüse, in der sich bei Ziehlscher Färbung Kochsche Bazillen fanden. Es war also eine große Drüse von der Masse des mediastinalen Lymphdrüsenpakets gegen den Bronchus gedrückt worden, die Bronchialwand war perforiert worden und ein Fragment der verkästen

Drüse war, heftige Erstickungsanfälle hervorrufend, in den Bronchus und die Trachea eingedrungen und dann bei einem Hustenstoß expektoriert worden. Verf. gibt eine ausführliche Epikrise des Falles mit besonderer Berücksichtigung des Zustandekommens des Hautemphysems. F.

F. Potier, La micropolyadénie dans la tuberculose infantile au point de vue histogénique et pathogénique. (Arch. de méd. des enf. 1905. Nr. 12. S. 738.) Man findet sehr oft in Fällen von chronischer Tuberkulose bei Kindern eine eigentümliche Veränderung der Lymphdrüsen, bestehend darin, daß dieselben etwas vergrößert und rundlich sind und unter der Haut wie Schrotkörner rollen. Obwohl dieselben meist bei Tuberkulose beobachtet werden, so kommen sie auch bei anderen kachektisierenden Krankheiten vor, wie chronische gastrointestinale Dyspepsie der Säuglinge, hereditäre Lues, langwierige Hauterkrankungen usw.

Untersucht man diese Drüsen in Fällen von Tuberkulose, so findet man, mit Ausnahme der Fälle von Miliartuberkulose, daß sie keine Tuberkelbazillen enthalten; vorgenommene Impfungen auf Kaninchen fallen negativ aus. Mikroskopisch wird eine Verdickung der Drüsenkapsel, eine Vermehrung des interstitiellen Bindegewebes, bei gleichzeitiger Degenerierung der Drüsenzellen beobachtet. In den Bindegewebetrabekeln findet man oft Mastzellen, welche Blutfarbstoff enthalten, Veränderungen, welche ein Zeichen von pigmentärer Degenereszenz durch Hämatolyse sind, analog den Degenerierungen, welche P. auch für andere infantile Kachexien nachgewiesen hat.

Die Grundursache dieser Veränderungen dürfte auf eine Einwirkung der spezifischen tuberkulösen Gifte zurückzuführen sein und eine Abwehrerscheinung des Organismus vorstellen, wie man sie ähnlich auch bei Hypertrophien der Milz und Leber vorfindet.

E. Toff (Braila).

Bergonié, Sur l'action nettement favorable des rayons X dans les adénopathies tuberculeuses. (Journal de méd. de Bordeaux. 1905. Nr. 47.) Die Untersuchungen des Verf.s haben ihm die Überzeugung verschafft, daß die Röntgenschen Strahlen eine günstige therapeutische Wirkung auf tuberkulöse Lymphdrüsen ausüben. In den untersuchten Fällen konnte durch die mikroskopische Analyse des Blutes Leukämie ausgeschlossen werden, in zwei Fällen wurden exstirpierte Drüsen histologisch und bakteriologisch untersucht und auf diese Weise die Tuberkulose mit Sicherheit diagnostiziert. Nichtsdestoweniger konnte durch die Einwirkung der X-Strahlen eine manifeste Verkleinerung der Drüsen erzielt werden; wurde die Behandlung nur auf einer Seite vorgenommen, so war die Wirkung nur auf dieser Seite zu bemerken. Die Sitzungen wurden alle 5 bis 8 Tage vorgenommen und dauerten 5—10 Minuten. Es wurden nur oberflächlich gelegene Drüsen behandelt, doch glaubt B., daß mit tieferwirkenden Strahlen auch Drüsen im Inneren des Körpers werden behandelt werden können. E. Toff (Braila).

J. Roux et **Ph. Josserand** (Cannes). La tuberculose pulmonaire et l'adénopathie trachéo-bronchique chez l'enfant à Cannes. (Revue mens. des malad. de l'enfance. Janvier 1906. S. 12.)

Die Verff. haben an den Schulkindern von Cannes und an den Pfleglingen der dortigen „Goutte de Lait“ Untersuchungen angestellt und gefunden, daß unter 588 Kindern im Alter von 0—15 Jahren 263 tuberkulös waren. Die Diagnose wurde, gestützt auf folgende Symptome, gestellt: 1. es wurden als tuberkulös diejenigen Kinder angesehen, die einen Unterschied in der Sonorität zwischen den beiden Lungenspitzen oder zwischen dem ersten und zweiten Interkostalraume, rechts und links, mit Widerstandsempfindung für den Finger, darboten. Ferner 2. diejenigen, welche eine respiratorische Anomalie bei der Inspiration oder Expiration (mehrfach unterbrochene Inspiration, schwaches Vesikuläratmen, verlängertes Expirium usw.) erkennen ließen. 3. Diejenigen, welche klinisch oder radioskopisch vergrößerte tracheo-bronchiale Lymphdrüsen aufwiesen. 4. Jene Kinder, bei welchen man radioskopisch eine Verdunklung der Lungenspitzen beobachten konnte.

Auch diese Untersuchungen ergaben, daß die latente Lungentuberkulose außerordentlich häufig im ersten Kindesalter vorkommt. Die betreffende Kurve bildet ein hohes Plateau, welches sich vom zweiten bis zum siebenten Lebensjahre erstreckt, um dann rasch und stetig abzufallen. Gleiche Verhältnisse findet man auch für die Tuberkulose der bronchialen Lymphdrüsen.

Diese Untersuchungen haben auch die großen Vorteile, welche man von der radioskopischen Untersuchung für die Frühdiagnose der Tuberkulose zu erwarten hat, nachgewiesen. Es ist von besonderer Wichtigkeit, die Krankheit möglichst frühzeitig zu erkennen und nicht erst auffallende klinische Erscheinungen abzuwarten, um therapeutisch einzugreifen.

E. Toff (Braila).

Barret (Paris), L'examen radioscopique du thorax chez l'enfant au point de vue du diagnostic de la tuberculose et particulièrement de l'adénopathie tracheo-bronchique. (Revue mens. des malad. de l'enfance. Avril 1906. S. 155.) Der Verf., welcher über 1000 radioskopische Untersuchungen der Brust bei Kindern vorgenommen hat, hebt die diagnostische Wichtigkeit dieser Methode hervor, namentlich mit Bezug auf das frühzeitige Erkennen bestehender Lungentuberkulose. Dieselbe erscheint hauptsächlich durch die Schatten der vergrößerten peri-tracheo-bronchitischen Lymphdrüsen im Röntgenbilde charakterisiert und ist also die genaue Erforschung dieser Drüsen in allen einschlägigen Fällen vorzunehmen. Hierzu ist ein gutes, nach Béclèreschen Prinzipien zusammengestelltes Instrumentarium mit regulierbarer Ampulle notwendig und werden die Explorationen mit dem Fluoroskop sowohl in frontaler, als auch in dorsaler und transversaler Richtung, mit tiefen und weniger tiefen Strahlen vorgenommen. Es ist selten, daß bei einiger Übung die vergrößerten Drüsen nicht in Erscheinung treten, doch kann es vorkommen, daß kleine, tief im Mediastinum gelegene Drüsen der Untersuchung entgehen, so daß das negative Resultat der radioskopischen Untersuchung noch nicht berechtigt, die Diagnose peribronchitischer Adenopathie fallen zu lassen, namentlich wenn andere Zeichen auf dieselbe hindeuten.

Andere Indizien für das Bestehen einer tuberkulösen Erkrankung der Brustorgane findet man in Veränderungen der Durchsichtigkeit des Lungenparenchyms, in zirkumskripten Schatten der Lungenspitze, in pleuritischen Exsudaten usw. Ein frühzeitiges diagnostisches Zeichen ist das von Williams beschriebene einseitige Aussetzen der Zwerchfellbewegungen, welches auf eine Verminderung der Lungenelastizität oder auf eine einseitige Lähmung des Phrenicus zurückzuführen wäre. Dieses Zeichen kann nur vorübergehend sein, und später, wenn die Läsionen bereits deutlich ausgesprochen sind, gänzlich verschwinden. E. Toff (Braila).

Rabot et **Bombes de Villiers,** Adénopathie tracheo-bronchique avec caverne tuberculeuse. (Lyon médical. 1905. Nr. 17.) Tuberkulöse Kavernen bei Kindern sind keine große Seltenheit, nichtsdestoweniger kommen dieselben nicht allzu häufig vor. Der von den Verff. mitgeteilte Fall ist also aus diesem Grunde, und weil die Diagnose einige Schwierigkeiten geboten hatte, von Interesse.

Es handelte sich um einen 4jährigen Knaben, welcher vor etwa 2 Wochen mit heftigem Husten und Erbrechen erkrankt war, außerdem bestanden Schluckbeschwerden. Bei der Untersuchung wurden normaler Perkussionsschall, doch zahlreiche feuchte Rasselgeräusche über beiden Lungen festgestellt. Temp. 38,3°, mit Schwankungen zwischen 37,5° und 39,5°. Die Hustenanfälle erinnerten an Keuchhusten, doch waren keine Reprisen zu beobachten, andererseits waren die Tonsillen stark gerötet und geschwellt und einige weiße Punkte auf den vorderen Gaumensegeln zu bemerken. Die Untersuchung auf Löfflersche Bazillen ergab ein negatives Resultat, auch die tuberkulöse Serodiagnose blieb negativ. Unter fortschreitender Verschlimmerung des Zustandes, trat nach weiteren 2 Wochen der Tod ein.

Die Nekropsie zeigte zahlreiche große Drüsen längs der Trachea, an der Teilungsstelle derselben und um die großen Bronchien herum, bis zum Lungenflügel. Dieselben waren weiß, körnig mit käsigen, tuberkelähnlichen Stellen. Die rechte Lunge enthielt eine nußgroße Kaverne an der Spitze und dem hinteren Teile des unteren Lungenflügels. An der Basis und auf der Leberoberfläche fand man ebenfalls mehrere punktförmige Tuberkeln. Die mikroskopische Untersuchung bestätigte die Diagnose auf Tuberkulose. Es handelte sich also nicht um Keuchhusten, sondern die Anfälle von krampfhaftem Husten waren wahrscheinlich durch die tracheo-bronchiale Adenopathie hervorgerufen. E. Toff (Braila).

Tedesko, Akute Bronchiektasien bei postmorbillöser tuberkulöser Peribronchitis. (Zentralbl. f. allg. Path. u. path. Anat. Bd. 16. No. 19.) Ein 6jähriges Kind, das vor 2 Jahren Diphtherie und Masern durchgemacht hatte, starb unter den Zeichen hochgradiger Dyspnoe an einer unbestimmten fieberhaften Lungenerkrankung. Bei der Sektion fanden sich hochgradige Bronchiektasien, Miliartuberkulose in peribronchialer Ausbreitung und frische eitrige interstitielle Entzündungen. Mikroskopisch erwiesen sich die Bronchien frei von Exsudat, die Bronchialwandungen dagegen durchsetzt von

eitrigem Infiltrat. Wie der drucksteigernde Faktor die hochgradige Erweiterung der durch die Infiltration in ihrer Widerstandsfähigkeit geschädigten Wandung der Bronchien zustande brachte, ließ sich in dem vorliegenden Falle nicht feststellen. Bennecke (Jena).

Pasquele Scarano, Klinische und experimentelle Untersuchungen über die Serumtherapie bei tuberkulöser Peritonitis mit Aszites. (La Pediatria. 1905. Nr. 8.) Verf. berichtet über fünf Fälle von tuberkulöser Peritonitis, die er mit Injektionen von Aszitesflüssigkeit behandelt hat. Konstant fand sich bei allen so behandelten Kranken eine deutliche Vermehrung der Diurese, wie man sie durch keins der gebräuchlichen Diuretica erzielen kann. Auch das Fieber schien bei den rein aszitischen Formen der Peritonitis häufig beeinflußt zu werden. Stets war eine Besserung im Allgemeinbefinden der Kranken zu konstatieren. F.

F. Lalesque, Cure marine de la péritonite tuberculeuse. (Archives de méd. des enf. September 1905.) Der Verf. gibt die Krankengeschichten von fünf Fällen von tuberkulöser Peritonitis, welche durch längeren Aufenthalt am Meeresstrande, in temperiertem Klima (Arcachon) geheilt wurden; hiervon waren drei einfache Peritonitiden und die anderen zwei, mit tuberkulösen Lungen- und Pleuraaffektionen kompliziert. Fieber oder sonstige akute Erscheinungen bilden keine Gegenanzeige der maritimen Behandlung, ebensowenig die oft vorkommenden Darmerkrankungen.

Die Behandlung ist meist eine langandauernde und besteht hauptsächlich in Ruhe, Aufenthalt am Meeresstrande während des ganzen Tages, solange das Wetter es gestattet, und geeigneter roborierender Kost.

Vier von den geheilten Kindern konnten während 6, 8 und 10 Jahren beobachtet werden, wobei festgestellt wurde, daß die Heilung sich unverändert erhielt. E. Toff (Braila).

van der Hoeven, Behandlung der chirurgischen Tuberkulose am Seestrande. (Ned. Tydsch. v. Geneesk. 1906. Bd. 1. S. 922.) In der ersten Sitzung des Niederl. Vereins für Thalassotherapie berichtete H. über den Einfluß eines Verbleibens am Seestrande auf den lokal chirurgisch tuberkulösen Prozeß bei Kindern. Von 117 Kindern mit Tuberkulose der Knochen und Gelenke sind geheilt 64,9 % und gebessert 19,6 %. Unter den geheilten sind mehrere Fälle, die lange Zeit ohne jeden Erfolg in Kinderspitälern der Großstädte verpflegt gewesen sind.

In derselben Sitzung wurde auch von anderen Ärzten über den ausgezeichneten Erfolg eines langdauernden Verbleibens am Strande berichtet. Voran steht bei allen der Erfolg für Tuberkulose der Knochen und Gelenke; weniger erfolgreich, doch jedenfalls zu versuchen, ist dieser Einfluß auf Tuberkulose der Lungen. Verschiedene skrofulöse Affektionen z. B. Phlyktänen, Ekzema, Bronchitis usw. zeigten in der Regel auffallenden Erfolg. Asthma wurde günstig beeinflußt, aber rezidivierte gewöhnlich, sobald das Kind nach der Stadt zurückkehrte. Im allgemeinen wurde ein Aufenthalt von längerer Zeit, und zwar mehreren Monaten, als notwendig erachtet.

Graanboom (Amsterdam).

R. Fischl, Höhenklima und Seeluft als Heilpotenzen bei Kinderkrankheiten. (Berliner klin. Wochenschrift. 1906. Nr. 21.) Auf dem 27. Balneologenkongreß hielt F. über das Thema einen Vortrag und faßte zum Schluß seine Ansichten dahin zusammen, daß „anämische Zustände auf rachitischer Basis mit Atonie der Digestionsorgane und Übererregbarkeit des Nervensystems bei Kindern der ersten Lebensjahre aus dem Binnenlande ihre wirksamste Beeinflussung durch mehrmonatlichen Aufenthalt an der Ostsee- oder Mittelmeerküste (je nach der Jahreszeit) erfahren, während sich auch milde Gebirgsklimaten für solche Patienten weniger gut eignen. Eine notwendige Voraussetzung des Erfolges bildet aber häusliche Menage, da diese allein die Darreichung einer tadellosen und den jeweiligen Bedürfnissen angepaßten Kost verbürgt. Mittelgebirgsgegenden, am besten relativ tief gelegene, in Seebecken geschützt situierte Orte treten erst bei älteren Kindern, etwa vom sechsten Lebensjahre an, in ihre Rechte, deren Gehfähigkeit bereits eine so vollkommene ist, daß ihnen die in solchen Stationen unerläßlichen weiteren Wege keine körperliche Ermüdung verursachen, und denen ihre höhere Wetterwiderständigkeit die im Gebirge unvermeidlichen Temperaturwechsel überwinden hilft. Der Keuchhusten verläuft hingegen in milden Gebirgsklimaten leichter als an der Meeresküste, während sein katarrhalisches Ausgangsstadium in beiderlei Gegenden rasch beendet wird. Auch Katarrhe der oberen Luftwege, rezidivierende exsudative Anginen und chronische Hypertrophien des lymphatischen Rachenringes werden durch protrahierten Aufenthalt in Binnenmeerbädern entschieden gebessert, nicht selten definitiv geheilt. Bei chronischen Reizzuständen der tieferen Luftwege ist es wünschenswert, die Wahl des Aufenthaltortes vom Alter des Kindes abhängig zu machen und die jüngeren Jahrgänge an die Ostsee oder an das Mittelmeer, die älteren in das Mittelgebirge zu senden. Lymphatische Individuen sowie solche mit lokaler Tuberkulose der Knochen, Drüsen und Haut finden wiederum in den Binnenmeerstationen die besten Heilungsbedingungen. Manifeste Tuberkulosen innerer Organe, besonders der Lungen, sollen jedenfalls einem Versuche der Freilufttherapie unterworfen werden, die allerdings bei dem rapiden Verlauf der infantilen Phthise weniger günstige Erfolge zeitigt als im spätern Alter. Schwindsuchtskandidaten, deren Deszendenz sie nach dieser Richtung stigmatisiert, oder die Erkrankungen durchgemacht haben, welche erfahrungsgemäß eine occulte Tuberkulose mobilisieren, sollen durch protrahierten Aufenthalt in mildem See- und Gebirgsklima in ihrem Kampfe gegen diese Gefahren unterstützt werden. Nordseebäder sind für blutarme, in ihrer Entwicklung zurückgebliebene Kinder aus dem Binnenlande, wenigstens im Laufe der ersten 7—8 Lebensjahre, nicht geeignet, da sie durch Akklimatisationsschwierigkeiten denselben nicht selten direkten Schaden zufügen können. Aus diesen Gründen und ihrer ungünstigen Terrainbeschaffenheit wegen sind auch größere Höhenlagen für jüngere Kinder nicht zu empfehlen.“ Grätzer.

Charles Leroux, La cure marine des tuberculoses infantiles. (Archives de méd. des enf. Janvier 1906. S. 10.) Der Verf. hat in den Sanatorien von Banyuls-sur-Mer und Saint-Trojan

genaue Untersuchungen über die bei den dahin geschickten Kindern erzielten Resultate und über die denselben entsprechenden Ausgaben angestellt und auf diese Weise eine Art Bilanz der Tuberkulosebehandlung bei Kindern in den am Meeresstrande gelegenen Sanatorien aufgestellt. Die Schlüsse, zu welchen L. gelangt, sind folgende. Die Ansicht, daß maritime Sanatorien Anstalten sind, in welche man Kinder mit schweren Tuberkulosen schicken kann, ist ein Irrtum, welcher Nachteile sowohl für die Kinder als auch für die Finanzen der betreffenden Wohltätigkeitsanstalten nach sich zieht. Die Behandlung der lokalen Tuberkulosen erheischt einen mehrjährigen Aufenthalt und bedeutende Kosten; dieselbe ist um so länger und um so kostspieliger und die Erfolge sind um so weniger günstig, als die Läsion schwerer ist, seit längerer Zeit dauert und der Allgemeinzustand ein schlechterer ist. Man soll daher in die betreffenden Anstalten keine Lokaltuberkulosen senden, falls dieselben mit Kachexie, Verdauungsstörungen oder Lungenveränderungen kompliziert sind. Mit einem Worte, der Allgemeinzustand muß ein guter sein, da sonst die Behandlung resultatlos bleibt, bzw. die Krankheit sich verschlimmert. Die Berechnung des Verf.s hat gezeigt, daß durch Nichtbefolgung dieser Regel etwa $^1/_4$ der in den oben erwähnten Sanatorien gemachten recht hohen Ausgaben für die Patienten ohne jeden Nutzen blieben, eben aus dem Grunde der Nichtbefolgung dieser Prinzipien. Die Präventivbehandlung gibt die besten und finanziell billigsten Resultate, dieselbe soll also in recht ausgedehntem Maße gepflegt werden, namentlich wenn es sich um lymphatische, hereditär belastete und prätuberkulöse Kinder handelt. Was die Behandlung der Lungentuberkulose anbelangt, so ist dieselbe nur in den im Süden gelegenen Meeressanatorien zulässig. E. Toff (Braila).

Joan Jianu, Die Insufflation der Lungen als Behandlung der chirurgischen Synkope. (Spitalul. 1905. Nr. 13.) Der Verf. hat bei Synkopen im Verlaufe von Narkosen zuerst beim Hunde und dann beim Menschen folgende Methode in Anwendung gebracht. Durch den direkt an die Nasenöffnungen angelegten Mund wird dem Patienten Luft in die Lungen eingeblasen und hierbei in rhythmischer Weise verfahren, indem nach jeder Insufflation die Exspiration abgewartet wird. Beim Einblasen wird der Mund des Patienten zugehalten, um ein Rückströmen der Luft während der Insufflation auf diesem Wege zu verhindern. Die Erfolge waren sehr gute, doch hat die Methode mannigfache Nachteile, sowohl für den Arzt als auch für den Patienten, ganz abgesehen davon, daß gleichzeitig auch der Magen aufgeblasen wird, so daß es vorzuziehen wäre, die Insufflation direkt in den Kehlkopf mittels eines Ballons, wie man ihn in der Geburtshilfe bei der Wiederbelebung asphyktischer Kinder anwendet, vorzunehmen. E. Toff (Braila).

R. Cruchet (Bordeaux), Le pneumothorax chez l'enfant. (Arch. de méd. des enf. 1906. Nr. 2. S. 91.) Der tuberkulöse Pneumothorax ist beim Kinde relativ selten, da in diesem Alter auch die Kavernenbildungen nicht häufig vorkommen. In dem von C. beobachteten Falle handelte es sich um ein Mädchen im Alter von 5 Jahren

und 5 Monaten, welches die klassischen Symptome der Krankheit darbot und bei welchem die Diagnose auch durch die Nekropsie bestätigt werden konnte. Während des Lebens fand man Vorwölbung der kranken Seite, Unbeweglichkeit der Zwischenrippenräume, Tympanismus, amphorisches Atmungsgeräusch, Fehlen des Vesikuläratmens und hauptsächlich metallischen Klang. Hingegen konnte aber die Kaverne, welche die Veranlassung des Pneumothorax war, erst 8 Tage vor dem Tode klinisch festgestellt werden. Wie gewöhnlich saß auch in diesem Falle die Perforation an der Lungenbasis. Interessant ist es, daß beim Kinde das Einsetzen der Perforation kein einziges der schweren Symptome hervorrief, welche beim Erwachsenen zur Beobachtung gelangen, höchstens ein plötzliches Ansteigen der Temperatur zur Folge hatte.

E. Toff (Braila).

J. Kryszkowski, Zusammenstellung sämtlicher im Laufe der letzten zehn Jahre behandelter Erysipelfälle, samt allgemeinen und therapeutischen Bemerkungen. (Przeglad lekarski. 1905. Nr. 51 u. 52.) Das Erysipel tritt 2mal so oft auf bei Frauen als bei Männern; bei Frauen haben wir bedeutend öfters mit einem Erysipel der Extremitäten zu tun, also mit Fällen, die größere Neigung zur Eiterung besitzen.

Bei Männern kamen mehr wandernde Erysipele vor, mehr chirurgische Komplikationen, mehr Todesfälle; jedoch war die Heilungsdauer bei Frauen durchschnittlich um 2—3 Tage kürzer.

Den interessantesten Teil vorliegender Arbeit bilden therapeutische Ergebnisse, wobei Verf. zu folgenden Schlüssen gelangt: Die lokale Behandlung soll womöglich schonend vor sich gehen, jedwede Einreibung nicht nur affizierter, sondern auch der umgebenden Stellen ist zu vermeiden.

Abwaschen mit Alkohol kann unterlassen werden; Einpinseln irgend welcher Mittel kann angewandt werden, speziell das Einpinseln mit Ichthyolkollodium hat Verf. als zweckmäßig befunden (Rp.: Ichtyoli 10,0, creolini 5,0, Spir. camph. 20,0, Collodii splcis 100,0). Umschläge mit leicht adstringierenden Wässern sind bei Erysipelas vesiculosum und bullosum angezeigt, sollen aber auf nicht eingepinselter Haut angewandt werden. — Eisumschläge wirken im allgemeinen sehr gut.

Gabel (Lemberg).

Boxer, Blutnährböden zur Differenzierung der Streptokokken und Pneumokokken. (Verh. d. deutsch. path. Ges. in Meran 1905.) B. glaubt die gewöhnlichen Eiterstreptokokken von den bei Scharlach vorhandenen durch ihr verschiedenes hämolytisches Verhalten gegen Blutnährböden unterscheiden zu können. Die Resultate an 16 verschiedenen, von Scharlach stammenden Streptokokkusstämmen sind nach B.s Ansicht nicht eindeutig und noch nicht abgeschlossen.

Bennecke (Jena).

C. Stäubli, Über das Verhalten der Typhusagglutinine im mütterlichen und fötalen Organismus. (Aus der II. mediz. Klinik in München.) (Münch. med. Wochenschrift. 1906. Nr. 17.) Nachdem St. schon durch Tierexperimente sich Aufschluß über diesen

Gegenstand verschafft hat, fand er Gelegenheit, die Resultate auch beim Menschen nachzuweisen. Eine an Abdominaltyphus erkrankte Gravida (im dritten Monat) wurde aufgenommen, und trotz der Schwere der Krankheit erlitt die Gravidität keine Unterbrechung. Der höchste, während der Kontinua am 2. August 1905 konstatierte Agglutinationswert war 1:1600. In der Rekonvaleszenz wurde am 22. August als Wert 1:800 gefunden.

1. Nov. 1905 1:200
7. Jan. 1906 1:200
30. „ 1906 1:100 (1:200 eben noch angedeutet).

Normale Geburt am 25. Februar 1906. Kind gesund.

Blut der Mutter 1:200 (1:400 noch angedeutet), Plazentarblut (fötales Blut) 1:100.

3. März. Blut der Mutter 1:400, Blut des Kindes 1:25.

In Übereinstimmung mit dem Tierexperiment zeigt dieser Fall, daß nach Überstehen einer Typhusinfektion auch das fötale Blut agglutinierende Kraft zeigt, wenn die Infektion längere Zeit vor der Niederkunft statthatte. Eine plazentare Infektion des Fötus mit Typhuskeimen und daraus resultierender selbständiger Bildung von Agglutininen ist in diesem Falle ausgeschlossen, da die Mutter vor der Geburt fast 6 Monate vollständig gesund war und auch das Kind gesund zur Welt kam. Gegen die erwähnte Möglichkeit spricht das rasche Abfallen des Agglutinationstiters beim Kind. Es deckt sich auch diese Beobachtung mit den beim Tier erzielten Resultaten. Diese rasche Elimination der Agglutinine als etwas Körperfremdes aus dem kindlichen Serum zeigt ferner, daß es sich nicht um eine eigentliche Vererbung der von der Mutter erworbenen Eigenschaft, Agglutinine zu bilden, sondern um einen Übergang der vom mütterlichen Organismus gebildeten Antikörper auf das Kind handelt.

Auch der Milch wurde Aufmerksamkeit geschenkt und folgendes konstatiert:

	Mütterliches Blut	Kolostrum bzw. Milch
1 Tag nach der Geburt	1:200 (400)	1:6400
5 Tage „ „ „	1:400	1:400
4 Wochen „ „ „	1:200	1:200

Auch diese Befunde stehen in vollem Einklange mit den Ergebnissen der St.schen Tierversuche und bekräftigen die Annahme, daß die Milchdrüse sich aktiv an der Agglutininbildung beteiligt, wobei der bedeutend höhere Gehalt des Kolostrums wohl zu erklären ist durch den reichlichen Zerfall von Zellen. Jedenfalls ist die Milchdrüse das einzige Organ, bei dem bis jetzt eine so viel höhere Agglutinationskraft als im Serum festgestellt werden konnte.

Grätzer.

III. Aus Vereinen und Versammlungen.

Gesellschaft für innere Medizin und Kinderheilkunde in Wien.

(Pädiatrische Sektion.)

Sitzung vom 31. Mai 1906.

Hamburger demonstriert einen Knaben mit Pleuritis exsudativa, der auch an der Vorderseite des Thorax ähnliche Perkussionszonen aufweist, wie sie H. als Befund am Rücken erheben konnte, nämlich: Von der kranken Seite gegen die Wirbelsäule perkutiert folgt am Rücken auf die Zone der kompakten Dämpfung im Bereiche des Exsudats eine Zone paravertebraler Aufhellung auf der kranken Seite. Dann folgt die paravertebrale Dämpfungszone (Rauchfuß) auf der gesunden Seite.

Vorne entspricht der Wirbelsäule das Sternum und wir haben bei Verdrängung des Herzens eine parasternale Aufhellung auf der kranken Seite und eine Zone parasternaler Dämpfung auf das gesunden Seite. Die Erklärung für das Auftreten dieses Perkussionsphänomens hat H. in der Sitzung vom 15. III. gegeben.

Neurath bemerkt, daß auch bei massiger kruppöser Pneumonie dieselben Dämpfungszonen am Rücken zu konstatieren sind.

Hamburger erwidert, daß die relativ geringe Ausdehnung einer pneumonischen Infiltration (nur ein Lappen) das konstante Auftreten des Perkussionsbefundes unmöglich mache.

Goldreich demonstriert ein 4 monatliches Kind mit Ossifikationsdefekten am Schädel. Alle Nähte sind offen, die Fontanellen weit, an Stirn- und Scheitelbeinen bestehen bis kronengroße Lücken. Die Röhrenknochen der Extremitäten sind verbogen und verdickt.

Da von seiten des Vaters Lues zugegeben wird, kann es sich um Lues hereditaria oder um Osteogenesis imperfecta handeln.

Knöpfelmacher erinnert in der Diskussion an den von Spieler vorgestellten Fall von Pagetscher Krankheit bei einem mehrjährigen Knaben. Er glaubt, daß auch der demonstrierte Fall in die Gruppe der Pagetschen Krankheit falle.

v. Pirquet demonstriert zwei Kinder mit **latenter Tetanie.** Das eine Kind, 6 Jahre alt, zeigte starkes Fazialisphänomen und elektrische Übererregbarkeit (Überwiegen der Anodenöffnungszuckung, Kathodenschließungszuckung unter 5000 Ampère). Das Kind war schon mit 3 Jahren wegen Tetanie in Spitalbehandlung.

Das zweite Kind, 11 Monate alt, weist als Zeichen latenter Tetanie nur elektrische Übererregbarkeit auf.

Spieler zeigt ein 22 Tage altes Kind mit **Mikrognathie** und **vollständiger Kieferklemme.** Hereditär keine Belastung. Der Unterkiefer ist mangelhaft entwickelt, tritt stark zurück, das Kinn ist kaum angedeutet. Die Nase ist plattgedrückt und verbreitert, die Alveolarfortsätze stark prognath. Durch Synostose des Unterkiefers mit dem Oberkiefer (im Kiefergelenk) besteht vollständige Kiefersperre. Das Kind muß durch die Nase gefüttert werden.

Friedjung und Knöpfelmacher demonstrieren je ein Kind mit **idiopathischem** Ödem der Genitalgegend. Über die ätiologische Auffassung des Ödems entspann sich eine lebhafte Debatte. Escherich betonte, daß solche zirkumskripte Ödeme durch feste Nabelverbände entstehen könnten. Neurath nimmt entzündliche Vorgänge als Ursache an.

Sperk spricht über die **bisherigen Erfahrungen auf der Säuglingsabteilung des St. Anna-Kinderspitals,** die beweisen, daß es möglich sei, Säuglinge auch innerhalb eines Kinderkrankenhauses und bei künstlicher Ernährung aufzuziehen, wenn nur für zweckmäßige Räume und sorgfältige Pflege vorgesorgt ist.

Bei der künstlichen Ernährung haben sich verschiedene Ernährungsarten (Buttermilch, Szekelymilch, Liebigsuppe usw.) gut bewährt, es kommt bei sonst zweckmäßigen Mischungen sehr viel auf die Technik der Ernährung an. Nur die

Ernährung mit durch Zentrifugieren fettfrei gemachter Magermilch ergab absolut schlechte Resultate.

Die von Escherich angegebenen Brutzellen mit Selbstregulierung haben sich sehr gut bewährt, sowohl zur Pflege frühgeborener Kinder als auch als Isolierräume.

Die Anzahl der bisher verpflegten Kinder betrug 38 mit 4000 Verpflegstagen.

Sitzung vom 21. Juni 1906.

Swoboda und Ullmann demonstrieren je einen Fall von **Epidermolysis bullosa.**

Der erste Fall, ein 9jähriger Knabe, zeigt die sogenannte dystrophische Form der Erkrankung. Seit Geburt des Kindes schießen namentlich an den Stellen, die Traumen ausgesetzt sind, meist hämorrhagische Blasen von Erbsen- bis Hühnereigröße auf. Der Prozeß heilt mit Narbenbildung oder Hautatrophie aus.

Das zweite Kind, ein 10jähriger Knabe, zeigt das klassische Bild der Epidermolysis bullosa. Die Blasen entstehen an den Stellen, wo man die Haut mechanisch, wenn auch nur leicht reizt. Die bei der Demonstration sichtbaren Blasen wurden durch Anlegen eines Verbandes erzeugt. Die Blasen zeigen einen hellen Inhalt und setzen gegen die Umgebung scharf ab. 6—8 Stunden nach einem Trauma wird die Haut blasig abgehoben. Anfangs ist die Haut noch prall gespannt. Die Blase vergrößert sich dann rasch, die Spannung derselben läßt bald nach. Nur bei Reizung trübt sich der Inhalt. Sonst zeigt die Affektion gutartigen Verlauf, die Blase trocknet ein, ohne daß es zu Eiterung kommt. Das Leiden ist kongenital.

Escherich erwähnt das Vorkommen von blasigen Epidermisabhebungen bei der physiologischen Desquamation der Säuglinge und fragt, wie sich diesbezüglich Kinder verhalten, welche später Epidermolysis bull. zeigen.

Nobl erwidert, daß solche Kinder meistens kein abnormes Verhalten zeigen. Kongenitales Auftreten von Blasen kommt aber vor.

Sluka demonstriert ein 8jähriges Kind mit **Malaria.** Das Kind wurde mit typischer Anamnese aufgenommen, zeigte nur leichte Milzschwellung und Anämie, sonst keinen wesentlichen Organbefund. Anfangs zeigte sich der Typus einer Tertiana. Alsbald wurde das Fieber jedoch unregelmäßig remittierend und 14 Tage danach ist Patient sogar fieberfrei, fühlt sich wohl. Im Blute finden sich aber seit Beginn der Beobachtung gleichzeitig, zu welcher Zeit untersucht, alle Entwicklungsstadien der Plasmodien, sowohl ganz junge Plasmodien (kleine Ringe), als auch ältere Formen und Dauerformen (Gameten). St. stellt deshalb die Diagnose auf **Malaria tertiana duplex.** Interessant ist, daß Patient trotz stetem Vorhandensein der Plasmodien fieberfrei ist. Die Zahl der Plasmodien ist in der fieberfreien Zeit geringer geworden. Der Hauptherd der Wiener Malaria ist nach den Untersuchungen Hoscheks Stadlau; danach kommt Aspern. Ganz sporadisch kommt sie in Kaisermühlen vor.

Rach demonstriert Gehirn und Nieren eines 13jährigen Mädchens mit **Arteriosklerose.** Seit 2 Jahren in klinischer Beobachtung wegen Symptomen einer Schrumpfniere nahm die Rigidität der Arterien während der Beobachtung rasch zu. Bei der zweiten Aufnahme der Patientin bestanden Kopfschmerzen, häufiges Nasenbluten, Blutungen in der Haut, ferner Hypertrophie des linken Ventrikels, leises diastolisches Geräusch an der Aorta.

Wenige Tage nach der zweiten Spitalsaufnahme trat plötzlich rechtsseitige Hemiplegie und 24 Stunden später Exitus ein. Die Obduktion bestätigte die Diagnose Arteriosklerose, Schrumpfniere und Blutung in der inneren Kapsel.

Die Ätiologie des Falles ist unklar (weder Lues noch Alkohol, noch Blei).

Simnitzky und Seitz haben nachgewiesen, daß Arteriosklerose im Kindesalter nicht gar so selten vorkommt. Der demonstrierte Fall ist wegen der Seltenheit der Haemorrhagia cerebri auf arteriosklerotischer Basis interessant.

Königstein zeigt ein 10 Monate altes Mädchen mit dem Symptom des **schnellenden Fingers.** Patientin hält den 3. und 4. Finger der Hand gebeugt, kann sie aktiv nicht strecken, bei passivem Strecken spürt man einen Widerstand, nach dessen Überwindung die Finger plötzlich und sprunghaft gestreckt werden. Dabei fehlen Schmerzen. Anatomisch ist im demonstrierten Falle nichts nachzuweisen. In den meisten Fällen handelt es sich um Verdickung der Strecksehnen mit Verengerung der Sehnenscheiden.

Hochsinger berichtet über einen ungewöhnlichen Impfverlauf bei einem 4 monatlichen Kinde.

Anfangs ging alles gut, am 15. Tage schossen um die Krusten ca. 60 neue Pocken auf, die rascher verliefen als die primäre Pustel. H. glaubt, daß eine Propagation des Vakzineerregers auf dem Blut- oder Lymphwege stattgefunden habe.

Schütz spricht über die **Bedeutung der Salzsäure für die Verdauung des Säuglings.**

Trotz einer großen Anzahl von Publikationen über Untersuchungen des ausgeheberten Magensaftes ist seit Epstein (1880) kein wirklicher Fortschritt in der Verwertbarkeit der Untersuchungsergebnisse für die Diagnostik zu verzeichnen. Adolf Meyer ging sogar soweit, zu behaupten, die chemische Untersuchung des Mageninhaltes hätte überhaupt keinerlei Bedeutung.

Die Untersuchungen des Vortr. gingen von dem Gedanken aus, daß nur die mangelhafte Kenntnis der biologischen Bedeutung der Bestandteile des ausgeheberten Magensaftes Schuld daran sei, daß kein verwendbares Resultat bisher erzielt wurde. Vortr. untersuchte vor allem, ob zum Zustandekommen der Pepsinverdauung die Anwesenheit freier Salzsäure notwendig sei. Auch darüber herrscht Uneinigkeit. Sch. fand, daß die Kaseinverdauung durch Pepsin nicht an die Anwesenheit freier Salzsäure gebunden sei.

Verf. macht aufmerksam, daß bisher auch vernachlässigt wurde, daß die Salzsäure auf die Sekretion des Pankreassaftes fördernd einwirke. Von diesem Gesichtspunkte müsse man dem Salzsäurebindungsvermögen der Nahrung mehr Beachtung schenken. Zum Schlusse betont Sch., daß für die Funktionsprüfung des Säuglingsmagens nur die Menge der Gesamtsalzsäure in Betracht komme.

B. Schick (Wien).

Ärztlicher Verein zu Marburg.

(Nach Münchener med. Wochenschrift.)

Sitzung vom 16. Mai 1906.

Römer: **Über die Versorgung der Großstädte mit Säuglingsmilch.**

Angesichts der großen Erfolge, die die Hygiene auf vielen mit der Volksgesundheit eng zusammenhängenden Gebieten errungen hat, sind ihre Leistungen in der Milchfrage als relativ gering, ja was die Milchpraxis betrifft, geradezu als negativ zu bezeichnen; das beweisen die besonders in Deutschland so hohen Ziffern über Säuglingssterblichkeit.

Die hohe Säuglingssterblichkeit bedeutet eine große nationale Gefahr; denn sie wirkt nicht, wie man fälschlich wohl annimmt, als ein Auslesemittel, um die physisch Minderwertigen auszumerzen, im Gegenteil, die Schädlichkeiten, die das Säuglingssterben bedingen, machen diejenigen Individuen, die mit dem Leben davonkommen, häufig für ihr ganzes Leben physisch minderwertig. Der in Deutschland bis jetzt immer noch feststellbare jährliche Bevölkerungszuwachs gibt uns, wie Seifert mit Recht betont hat, durchaus noch nicht die Garantie, daß wir für die Zukunft immer auf ihn rechnen dürfen, zumal die eheliche Fruchtbarkeitsziffer einen ständigen Rückgang aufweist. Zuverlässige Berechnungen haben ferner ergeben, daß die hohe Säuglingssterblichkeit auch einen wirtschaftlichen Schaden bedeutet.

Eine energische Bekämpfung der Säuglingssterblichkeit würde also eine Steigerung unserer Volkskraft in quantitativer, qualitativer und wirtschaftlicher Hinsicht bedeuten.

Die Verluste in der Säuglingsperiode sind in der Hauptsache (wenn auch nicht ausschließlich) bedingt durch falsche Ernährung, wie überzeugend die Statistiken zeigen, wenn man den Prozentsatz der an der Brust und der an der Flasche ernährten, im ersten Lebensjahr verstorbenen Kinder vergleicht. Inwieweit durch Förderung des Selbststillens die Säuglingssterblichkeit eingedämmt werden kann, soll hier unerörtert bleiben, da diese Frage außerhalb des Themas liegt. In der Praxis wird man immer mit einem nicht unbeträchtlichen Prozent-

satz von Säuglingen rechnen müssen, die auf die künstliche Ernährung angewiesen sind. Als künstliche Ernährung kommt hauptsächlich die Kuhmilch in Betracht.

Die für den Säugling verhängnisvollen Veränderungen in der Kuhmilch sind im wesentlichen veranlaßt durch Bakterien. Wenn aber die Bakteriologie die allerdings logisch erscheinende Schlußfolgerung aus dieser Erkenntnis zieht, daß man die Milch sterilisieren müsse, so hat sie bisher viel zu wenig berücksichtigen, daß dabei tiefgreifende Veränderungen der für den Säugling wichtigsten Stoffe in der Milch, der Eiweißkörper, vor sich gehen. Diese werden nicht nur in ihrer chemischen Eigenart verändert, sondern erfahren auch einen Verlust ihrer biologischen Nativität, ihrer „lebendigen Kraft". Das Pasteurisieren der Milch hat zwar diesen schädigenden Einfluß im allgemeinen nicht, dafür ist es aber in anderer Hinsicht wieder unvollkommener als die Sterilisierung, weil es die gefährlichsten Keime der Milch unbehelligt läßt und durch die Vernichtung harmloser Bakterien ihnen sogar die Möglichkeit einer rascheren Vermehrung gewährt. Auch Erfahrungen in der Kinderpraxis erkennen durchaus die diätetische Überlegenheit der Rohmilch an. Im Experiment (Versuch an Kälbern) ist dieselbe geradezu frappant (Demonstration an übersichtlichen Tafeln).

Unser Ziel muß also sein, die Milch den Säuglingen in rohem Zustand, also möglichst so zuzuführen, wie sie von der Kuh gewonnen wird, und weiterhin in einem Zustand, in dem gesundheitsgefährliche Beimengungen zu der Milch ausgeschlossen sind.

Die Möglichkeit, daß Kinder auch mit pasteurisierter und sterilisierter Milch ohne erheblichen Schaden für ihre Gesundheit großgezogen werden können, soll nicht bestritten werden. Für die praktische Lösung des Problems einer hygienischen Milchgewinnung und eines hygienischen Milchvertriebes ist es aber bei weitem nützlicher, die hygienischen Forderungen gegenüber dem Milchproduzenten dahin zu formulieren, daß die von ihm gelieferte Milch in so reinem Zustand bei den Konsumenten ankommen muß, daß sie für den Säugling auch in unerhitztem Zustand keine gesundheitsgefährlichen Beimengungen enthält. Das falsche Vertrauen, das in die Pasteurisierungs- und Sterilisierungsmethoden gesetzt wurde und das auch ärztliche und hygienische Autoritäten teilten, hat es nicht zuletzt verschuldet, daß die Frage einer hygienischen Milchgewinnung und eines hygienischen Milchvertriebes noch so wenig entwickelt ist.

Wir werden eben in der Milchfrage eine Änderung unserer bisherigen Anschauungen vornehmen müssen, ähnlich der, die in der Chirurgie den Übergang von der „Antisepsis" zu „Asepsis" gezeitigt hat. Inwieweit es möglich ist, eine Rohmilch zu gewinnen, die ohne erhebliche Verunreinigungen zu erleiden, sich mehrere Tage frisch erhält, wird Herr Much mitteilen.

Eine Gefahr aber wird stets, solange die Rindertuberkulose noch nicht ausgetilgt ist, die Verabreichung von roher Milch mit sich bringen — die Gefahr der Tuberkuloseinfektion. Die Mischmilch aus größeren Milchviehbeständen enthält fast durchweg Tuberkelbazillen in infektionstüchtiger Menge (Demonstration entsprechender Kälberversuche). Daß der Mensch vom Rinde her angesteckt werden kann, ist ebenfalls erwiesen, wenn auch die Bedeutung dieser Gefahr nach der quantitativen Seite hin noch nicht sicher abgeschätzt werden kann. Damit aber erwächst uns die Pflicht, die Säuglinge vor dieser Infektion zu schützen, die zwar für den Augenblick sich nicht erkennbar macht, aber nach Jahr und Tag zu Siechtum und Tod führen kann.

Wie wir versucht haben, die beiden Probleme — Gewinnung einer in ihren rohen, nativen Eigenschaften im wesentlichen unveränderten Milch, die frei ist von Tuberkelbazillen — in gemeinsamer Arbeit zu lösen, wird Ihnen ebenfalls Herr Much berichten.

Der Zweck meiner einleitenden Bemerkungen sollte nur sein, Ihnen die Prinzipien auseinanderzusetzen, von denen wir ausgehen müssen, wenn es uns wirklich ernst sein soll, einen Feind zu bekämpfen, der heimtückisch an der Wurzel unserer Volkskraft nagt.

Much: **Über Perhydrasemilch.**

Es ist möglich, bei Beobachtung peinlichster Sauberkeitsmaßregeln eine sehr keimarme Milch zu gewinnen. Auf dem Gutshof des Herrn v. Behring wurde mit einem am hiesigen Institute ausgearbeiteten Verfahren des öfteren sogar sterile Milch ermolken.

Die Einführung von solcher sauberen Rohmilch im Großstadtbetriebe unter Berücksichtigung der arbeitenden Klassen ist aber wegen der Kosten und wegen der Gefahr der beim Großbetrieb fast immer in ihr enthaltenen lebenden Tuberkelbazillen unmöglich. Eine für den Großstadtbetrieb verwendbare, die Mutterbrust ersetzende, in ihren genuinen Eigenschaften unveränderte, von schädlichen Keimen und Beimengungen freie Rohmilch als Säuglingsnahrung existiert bis jetzt nicht. Durch das von uns ausgearbeitete Verfahren ist diese Frage vielleicht gelöst. Es handelt sich um die Anwendung von Wasserstoffsuperoxyd unter Bedingungen, unter denen die Milch von lebenden Keimen befreit wird. Das Wasserstoffsuperoxyd gibt aber der Milch einen unangenehmen kratzenden Beigeschmack. Es muß deshalb aus der Milch wieder entfernt werden und dies geschieht durch Zusatz von 2—4 Tropfen (pro 1 Liter Milch) eines Fermentes, das aus entbluteter Rinderleber gewonnen wird. Das Ferment enthält geringe Mengen Eiweiß. Es werden also zu den in der Milch normalerweise in 1 Liter vorhandenen 40 g Eiweiß praktisch nicht in Betracht kommende Mengen „homologen" Eiweißes hinzugefügt. (Demonstration der Herstellung.)

Diese, als Perhydrasemilch bezeichnete Milch, unterscheidet sich nicht wesentlich von einer Rohmilch. Man kann sie aber — und das ist wesentlicher Vorzug — längere Zeit ohne Schaden aufbewahren. Es sind Proben über 7 Wochen lang im Brutschrank aufgestellt worden, die dauernd steril blieben. Versuche mit der Kuhmilch hinzugefügten Tuberkelbazillen bewiesen, daß das Perhydraseverfahren die Tuberkelbazillen abtötet. Der Eiweißgehalt bleibt (im Gegensatz zu den Hitzesterilisierungsmethoden) unverändert. Er wurde einmal auf chemischem Wege und sodann durch Zusatz von Tetanusantitoxin ermittelt. Das Labgerinnungsvermögen bleibt unverändert. Wasserstoffsuperoxyd ist nach $^1/_2$stündiger Einmischung von Peroxydase nicht mehr in der Milch nachzuweisen, weder chemisch noch durch künstliche Einsaat von empfindlichen Keimen. Die Oxydasenreaktion ist in dem Sinne verändert, daß mit Paraphenyladiamin die Reaktion nicht wie bei Rohmilch sofort, sondern erst nach 4—7 Stunden eintritt. Der Geschmack der Perhydrasemilch unterscheidet sich in nichts von dem der Rohmilch (was auch von anwesenden Herren bestätigt wird). Der Preis der Milch verteuert sich pro 1 Liter um höchstens 4—5 Pf. Somit scheint das Problem einer in ihren genuinen Eigenschaften unveränderten und dabei doch von lebenden Tuberkelbazillen und anderen schädlichen Keimen freien Milch im Prinzip gelöst zu sein. (Näheres siehe „Beiträge zur Klinik der Tuberkulose," Bd. V.)

Vorläufig stellt sich aber einer allgemeinen Einführung noch das Gesetz entgegen, das ja jeden Zusatz zur Milch verbietet. Im Interesse einer gründlichen Prüfung des Verfahrens bedeutet das zunächst keinen Nachteil. Angewandt wird das Verfahren schon in der Landwirtschaft, um den Landwirt sowohl vor den durch erhitzte Milch verursachten Verlusten in der Kälberaufzucht, wie vor der Tuberkulose seiner Herden zu schützen. Das Perhydraseverfahren ist auch sehr geeignet zur Trinkwasserreinigung.

Die Perhydrasemilch muß im Dunkeln aufbewahrt werden, da sie, wenn sie tagelang im Lichte steht, einen bitteren Geschmack bekommt, auch ohne daß ein Keim in ihr wäre. Dies Phänomen wurde zuerst als Fermentwirkung gedeutet; aber nicht nur die Perhydrasemilch und saubere, fast keimfreie Rohmilch, sondern auch im strömenden Wasserdampf von 100° gründlich sterilisierte Milch bekommt einen intensiv bitteren Geschmack unter dem Einfluß des Sonnenlichtes, während im Dunkeln aufgestellte, entsprechende Proben nach mehreren Tagen im Geschmack unverändert waren. Es handelt sich wahrscheinlich um eine Lichtwirkung.

IV. Neue Bücher.

M. Runge. **Die Krankheiten der ersten Lebenstage.** Stuttgart, F. Enke. Preis: Mk. 8.

Von dem rühmlichst bekannten Buche ist jetzt die 3. Auflage erschienen. Der gewissenhafte und fleißige Autor hat die moderne Literatur wieder kritisch

gesichtet und benutzt, aus weiteren reichen Erfahrungen geschöpft und dieselben seinen Lesern zu Nutze gemacht. So finden sich in dem Buche mannigfache Abänderungen, welche den Wert desselben erhöhen. Die Kenntnis der Krankheiten der ersten Lebenstage ist für jeden Arzt äußerst wichtig; möge das vortreffliche Werk Runges fleißig gelesen und studiert werden! Grätzer.

Pfaundler und Schloßmann. **Handbuch der Kinderheilkunde.** Verlag von F. C. W. Vogel in Leipzig. 1. Bd., I. u. II. Hälfte. Preis: Mk. 30.

Ein Buch für den praktischen Arzt! so lautet der Untertitel des gewaltigen Werkes, dessen 1. Band vor uns liegt. Dieser Untertitel wird recht oft Büchern gegeben, die ihn keineswegs verdienen. Bei diesem Handbuch steht er mit vollem Recht da. Ein Kreis der hervorragendsten Pädiater und Gelehrten hat sich um die Herausgeber geschart, um ein übersichtliches Bild des heutigen Standes der Kinderheilkunde zu geben, und allen diesen Autoren schwebte als Hauptziel vor, die Bedürfnisse des Praktikers voll und ganz zu befriedigen, dem prakt. Arzte ein allen Anforderungen genügendes Nachschlagewerk für das so überaus wichtige Sondergebiet der medizinischen Wissenschaft zu schaffen. Dieses Ziel ist glänzend erreicht worden. Jeder einzelne Abschnitt, bearbeitet von einem Autor, der sich speziell mit diesem Gebiete seit langem beschäftigt hat, ist mustergültig geschrieben, die 61 Tafeln und 430 Textfiguren sind prachtvoll und im höchsten Grade instruktiv, das ganze Werk zeigt eine äußerst splendide Ausstattung. Der 2. Band soll in ganz kurzer Zeit erscheinen. Wir sehen ihm mit großer Spannung entgegen und werden auf ihn noch zurückkommen.[1]) Grätzer.

Neue Dissertationen.

(Aus deutschen Universitäten.)

Bamberg, K., Über Sinusthrombose im Kindesalter (München). — **Bayer, G.**, Über einen sehr seltenen Mischtumor, Fibromyolipozystadenom, am Dünndarm eines 6jährigen Knaben (Würzburg). — **Bergrath, R.**, Über Chondrodystrophia foetalis (Bonn). — **Berndt, W. K. L. G.**, Beitrag zur Pathologie der Varizellen (Leipzig). — **Blaauw, J.**, Maligne Nierentumoren im Kindesalter; ein Beitrag zur Frage der embryonalen Mischgeschwülste der Niere (Leipzig). — **Brandes, M.**, Über Gliome des Gehirns jugendlicher Personen (München). — **Cohn, A.**, Ein bemerkenswerter Fall von Lymphosarkomatosis im Kindesalter (Würzburg). — **Danziger, F.**, Über Spirochaetenbefunde bei hereditärer Syphilis (Leipzig). — **Daude, O.**, Über zwei genauer untersuchte Fälle von Doppelbildungen (Berlin). — **Eske, K.**, Über Arrosionsblutungen großer Gefäße nach Tracheotomie (Leipzig). — **Goldschmidt, E.**, Zur Kenntnis der Säuglingstuberkulose (München). — **Grimm, Fr.**, Über einen Fall von Epidermolysis bullosa hereditaria (Leipzig). — **Hindenberg, W.**, Über ein dyspygisches Becken beim Neugeborenen mit Spina fissa (Straßburg). — **Hutzler, M.**, Kasuistischer Beitrag zur Lehre von der Tuberkulose im ersten Kindesalter (München). — **Kalb, Ed.**, Über einen Fall von idiopathischer Herzhypertrophie bei einem 6 Monate alten Kinde (München). — **Kathen, Th.**, Über hysterische Psychosen im Kindesalter (Kiel). — **Klasske, W.**, Die innerhalb einer Hausepidemie an zwei „toxischen" Scharlachfällen beobachtete Wirkung des Aronsonschen Antistreptokokkenserums, beurteilt auf Grund einer kritischen Durcharbeitung der Literatur (Leipzig). — **Landois, F.**, Zur Physiologie der Neugeborenen; Beobachtungen an 50 Neugeborenen in den ersten zehn Lebenstagen (Greifswald). — **Loebell, A.**, Über kongenitalen Radiusdefekt (Gießen). — **Meissner, W.**, Über Endo-

---

[1]) Nachschrift bei der Korrektur: Inzwischen ist auch der 2. Band erschienen (Preis: Mk. 30), wieder zwei Bände, welche mit 61 Tafeln und 430 Textfiguren geschmückt sind. Das Wort „schmücken" ist hier am rechten Platz; die Abbildungen sind auch in diesem Bande ganz vorzüglich. Auch der textliche Teil steht dem 1. Bande durchaus nicht nach, und es kann genau das obige Urteil wiederholt werden. Jeder Arzt sollte sich dieses in hohem Grade und nach jeder Richtung hin wertvolle Werk anschaffen! Gr.

carditis im Kindesalter (Straßburg). — **Michaelis, P.**, Altersbestimmung menschlicher Embryonen und Föten auf Grund der Messungen und von Daten der Anamnese (Leipzig). — **Müller, B.**, Über 785 Fälle von kongenitaler Amblyopie aus dem Krankenmaterial der Halleschen Univers.-Augenklinik (Halle). — **Nettebrock, H.**, Zur Kasuistik der Blutungen nach Tonsillotomie und ihre Behandlung (Kiel). — **Ohse, E.**, Ein Fall von doppelseitigem Kolobom der Oberlider mit Dermoiden der Corneo-Skleralgrenze: ein Beitrag zur Ätiologie dieser Mißbildungen (Straßburg). — **Schneider, P.**, Die Lebenschancen der Kinder von künstlichen Frühgeburten und Kaiserschnitten (Straßburg). — **Schultze, W.**, Beitrag zur Kenntnis der Sprachstörungen der Epileptiker (Göttingen). — **Weimersheimer, M.**, Über den angeborenen Mangel der Patellarreflexe (Würzburg). — **Weysser, P.**, Über angeborene Verbiegungen der Unterschenkelknochen (München). — **Wodrig, P.**, Ein Fall von Arthritis nach Ophthalmoblennorrhoe mit besonderer Berücksichtigung der geschichtlichen Entwicklung der Lehre vor den gonorrhoischen Erkrankungen (Berlin). — **v. Zapatowski, F.**, Über einen Fall von Sakralteratom beim Neugeborenen (Greifswald).

V. Monats-Chronik.

Reformvorschläge für die humanistischen Gymnasien, ausgearbeitet von der Schulkommission des Ärztlichen Vereins München in Gemeinschaft mit den Vertretern der humanistischen Gymnasien.

I. Die körperliche Ausbildung der Schüler an den humanistischen Gymnasien kann in der von den Ärzten als unbedingt notwendig erkannten und von den Schulmännern vollkommen gebilligten Ausdehnung nur betätigt werden, wenn die Inanspruchnahme der Schüler durch Beschränkung der häuslichen Arbeiten und durch ökonomischere Anordnung des Lehrstoffes vermindert wird. Dies setzt eine den Forderungen der modernen Didaktik und der Hygiene entsprechende Umänderung der Schulordnung und besonders eine Herabsetzung der Schülerzahl in den einzelnen Klassen voraus.

II. Die häuslichen Arbeiten müssen beschränkt werden. Die Forderung kann erfüllt werden:

a) durch erhebliche Verminderung der deutschen Hausaufgaben, welche gegen Ende der Woche eingeliefert werden sollen, um den Sonntag frei zu halten;

b) durch Einschränkung der täglichen Präparation bei veränderter Behandlung der Klassikerlektüre;

c) durch Beschränkung der Texte der häuslichen Übersetzungen und der häuslichen Arbeiten in den mathematischen Fächern.

III. Der Stundenplan ist nach Maßgabe der örtlichen Verhältnisse einzurichten auf der Grundlage des Vormittagsunterrichts. Es läßt sich ein Stundenplan aufstellen, bei dem in den fünf ersten Klassen der Unterricht in den obligatorischen wissenschaftlichen Fächern an allen Tagen auf den Vormittag beschränkt bleibt, während in den vier oberen Klassen wenigstens 4 Nachmittage von diesen Fächern frei sind und auf die übrigen 2 Nachmittagsstunden fallen.

Für die Wahlfächer bleiben bei dem neuen Stundenplane genügend Stunden zur Verfügung.

IV. Dabei sind entsprechende Erholungspausen, und zwar in der Weise, daß im Sommer von 8—8.50, von 9—9.50, von 10.10—11, von 11.15—12 und von 12,15—1 Uhr, im Winter von 8.15—9, von 9.5—10, von 10,15—11, von 11,10—12 und von 12,15—1 Uhr Unterricht erteilt wird. Etwa nötiger Nachmittagsunterricht soll mit einer viertelstündigen Zwischenpause von 3—5 Uhr stattfinden, soweit dies die Lichtverhältnisse zulassen. An Tagen, an welchen der Unterricht morgens bis 1 Uhr dauert, muß der Nachmittag frei sein.

V. An den freien Nachmittagen sollen Jugendspiele, Turnen usw. stattfinden, in der Weise, wie dies in den Leitsätzen der Schulkommission festgelegt ist. Für das Pflichtturnen und für die Turnspiele müssen geeignete Plätze geschaffen werden. Die Leitung der Spiele soll eigens vorgebildeten Lehrkräften übertragen werden. Die Haftpflicht für den Lehrer muß natürlich der Staat übernehmen auf Grund des § 823 BGB.

VI. Der Sonntag muß von allen obligatorischen Stunden frei bleiben und der körperlichen und geistigen Erholung gewidmet sein.

(Münch. med. Wochenschrift. 1906. Nr. 28.)

Stuttgart. Das Württembergische Medizinalkollegium hat als **Höchstmaß an Unterrichtsstunden** und häuslicher **Schularbeit** durchschnittlich 8 Stunden für den Schultag, also zusammen 48 Wochenstunden, als durchaus angemessen erklärt, wobei jedoch vorauszusetzen sei, daß diese Stundenzahl für die jüngeren Schüler noch entsprechend vermindert werde. Als Höchstzahl wöchentlich verbindlicher Unterrichtsstunden ohne Turnen wurden 30 Stunden angesetzt. Um diese angegebene Normalstundenzahl zu erreichen, soll nun die bisherige Stundenzahl einzelner Fächer gekürzt werden, bei den humanistischen Gymnasien vornehmlich die Unterrichtsstunden für Latein und Griechisch, da hier die Zahl der Stunden in den mathematischen, naturwissenschaftlichen und neusprachlichen Fächern auch schon nach dem alten Lehrplan auf das durchaus Notwendige beschränkt ist. Neu ist es für die Gymnasien, daß im naturwissenschaftlichen Unterricht der Oberklassen auch die Biologie eine Stelle erhalten wird. Bei den Realgymnasien soll neben dem lateinischen Unterricht auch der mathematische Lehrstoff der mittleren Klassen eine Einschränkung erfahren, während bei den Oberrealschulen ebenfalls der mathematische Unterricht der mittleren Klassen, das geometrische Zeichnen und die darstellende Geometrie abgeändert werden soll, um die normale Stundenzahl zu erreichen.

Hamburg. **Das Seehospital** (Nordheim-Stiftung) unter Leitung von Dr. Treplin ist eröffnet. Zur Aufnahme gelangen Kinder beiderlei Geschlechts von 4—14 Jahren, und zwar in erster Linie Kinder mit schwerer Skrofulose, Drüsen-, Gelenk- und Knochentuberkulose. Das Krankenhaus ist chirurgisch und orthopädisch ausgerüstet.

Hohenlychen. Das **Cäcilienheim für knochen- und gelenkkranke Kinder** ist durch Geh.-Rat Hoffa eröffnet. Es ist zurzeit mit 40 Kinder belegt und wird bis auf 120 Betten erweitert werden.

Dresden. Hier wurde eine **Gesellschaft für pädagogisch-psychiatrische Forschung** auf Veranlassung des Spezialarztes für Nervenkrankheiten Dr. med. Stadelmann begründet. Aufgabe der Gesellschaft ist das Studium von schulpsychischen Angelegenheiten.

— Eine **Klinik für zahnkranke Volksschulkinder** unter Leitung von Dr. Röse ist eröffnet.

Köln. Reichstagsabgeordneter Müller-Fulda hat abermals für den Kreis Fulda eine **Stiftung** im Betrage von 100000 **Mk.** gemacht zur Aufnahme **armer kränklicher Kinder in eine Kinderheilanstalt.**

Graz. Als Nachfolger Pfaundlers (München) sind für den Lehrstuhl für Kinderheilkunde vorgeschlagen Prof. Stoeltzner (Halle), Priv.-Doz. Dr. Thiemich (Breslau) und Priv.-Doz. Dr. Langer (Prag).

London. Auf dem **Kongreß für Kindersterblichkeit** am 13. Juni 1906 sprach Burns über die Ursachen der hohen Kindersterblichkeit in England, die trotz der Zunahme des Volkswohlstandes und Besserung der hygienischen Bedingungen nur wenig zurückgegangen ist. Als hauptsächlichste Ursachen sind der Alkoholismus, die Beschäftigung der Frauen in den Fabriken und die Mängel der Milchversorgung anzusehen. Dr. Niven berichtete über Krippen und die Wichtigkeit der Volksaufklärung. Dr. Caton über die Nachteile künstlicher Nährpräparate. Schließlich wurde noch die Anstellung weiblicher Gesundheitsinspektoren empfohlen.

Luxemburg. Für die Einführung der **obligatorischen Impfung** hat sich die Deputiertenkammer mit Rücksicht auf die jüngste Pockenepidemie ausgesprochen. Die Impfungen sollen im 1. und 11. Lebensjahre und, im Falle einer Epidemie, nach Ermessen der betreffenden Behörden vorgenommen werden.

Bordeaux. Dr. Denucé wurde zum Professor der Klinik für Kinderkrankheiten ernannt.

Verantwortlicher Redakteur: Dr. Eugen Graetzer in Friedenau-Berlin. — Verlag von Johann Ambrosius Barth in Leipzig. — Druck von Metzger & Wittig in Leipzig.

Centralblatt für Kinderheilkunde.

Eine Monatsschrift für praktische Ärzte.

XI. Jahrgang. 1. Oktober 1906. No. 10.

I. Referate.

Hermann Pfeiffer, Experimentelle Beiträge zur Ätiologie des primären Verbrennungstodes. (Aus d. Inst. f. gerichtl. Med. in Graz.) (Virchows Archiv. Bd. 180. Heft 3.) Die an interessanten Einzelheiten und Beobachtungen reiche Arbeit eignet sich nicht für ein Referat. Die Experimente wurden an zahlreichen Kaninchen angestellt und ergaben, daß der typische Verbrennungstod, der je nach der Beschaffenheit des Tieres innerhalb 3—24 Stunden eintritt, auf einen im Blute zirkulierenden und durch den Harn unverändert ausscheidbaren Giftkörper zu beziehen ist. Dieser ist wahrscheinlich ein Abbauprodukt des durch die Hitze veränderten Eiweißmoleküls. Hämolytisch oder agglutinierend wirkende Gifte konnten im Gegensatz zu anderen Autoren nicht beobachtet werden. Interessant sind die Versuche, die mit dem Giftkörper angestellt wurden, besonders die, welche die eigentümlichen Magendarmveränderungen erklären sollen. Doch sei auf das Original verwiesen. Tritt der Tod nach der Verbrennung innerhalb der ersten 3 Stunden ein, so ist als Ursache der Nervenchock, nicht die Giftwirkung anzusehen. Diese spielt auch bei dem sogenannten Spättod nach Verbrennung (14 bis 21 Tage) nur eine mittelbare Rolle, indem sie den Organismus so schwächt, daß er leicht anderen Infektionen erliegt.

Bennecke (Jena).

St. Weidenfeld und **L. von Zumbusch,** Weitere Beiträge zur Pathologie und Therapie schwerer Verbrennungen. (Arch. f. Dermat. u. Syph. 1905. Bd. 76.) Auf Grund zahlreicher Beobachtungen gelangen die Verff. zu der Anschauung, daß der Tod bei schweren Verbrennungen durch die Gifte bewirkt wird, welche sich im erhitzten Gewebe bilden und vom Organismus aus der verbrannten Haut resorbiert werden. Wenn weniger als $^1/_7$ der Oberfläche verbrannt war, so erwiesen sich Abtragung des Brandschorfes und subkutane Infusionen als lebensrettend, falls nicht bereits bedrohliche Symptome bestanden. Erstreckt sich die Verbrennung über weniger als $^1/_3$ der Haut, so ist die Genesung bei sofortiger Abtragung und Infusion noch wahrscheinlich, noch möglich ist sie sogar bei Verbrennungen unter $^1/_2$ der Oberfläche, völlig machtlos bleibt hingegen jede Maßnahme, sobald mehr als die Hälfte des Körpers drittgradig verbrannt ist. Man gebe zuerst als Injektion oder innerlich alle Cardiaca: Koffein als Alkaloid oder Kaffeeinfus, Alkohol, Kampfer, Strophantus oder Digitalis. Man vermeide alle herzschädigenden

Substanzen, besonders Morphin, da diese den ungünstigen Ausgang beschleunigen, und gebe reichlich Getränke sowie Klysmen. Die Infusionen mit Kochsalzlösung werden mittels dünner Hohlnadeln, eines dreiteiligen Schlauches und sterilen Irrigators an drei verschiedenen, nicht verbrannten Hautstellen subkutan ausgeführt. Vom Wasserbett konnten die Verff. keine günstige Einwirkung beobachten.

Max Joseph (Berlin).

H. Steinheil (Stuttgart), Ausgebreitete Keloidbildung nach Verbrennung. (Deutsche med. Wochenschrift. 1906. Nr. 35.) Ein 3jähriger Knabe zog sich am unteren Teil des Rumpfes und an den Oberschenkeln intensive Verbrühungen zu, die aber nach ca. 2 Monaten unter Dermatollanonin glatt verheilt waren. Als S. den Patienten etwa 1 Jahr später wiedersah, hatten sich innerhalb der weißlichen Narbenfläche rötliche, sich derb anfühlende Gewebsmassen gebildet, die sich geschwulstartig, mit unregelmäßigen Fortsätzen hoch über der Umgebung erhoben.

Grätzer.

F. Bering, Zur Kenntnis der Hyperkeratosen. (Arch. f. Dermat. u. Syph. 1905. Bd. 76. Heft 3.) Eingehende histologische Untersuchungen bestimmen den Verf., die Hyperkeratosis congenita und Ichthyosis für gleichartige, nur verschieden weit vorgeschrittene Prozesse zu halten. Bei beiden Erkrankungen spielen die Talgdrüsen, deren größere Menge die bedeutendere Dicke der Hornschicht bedingt, eine maßgebende Rolle. Die Haartrichter enthielten Hornmassen. Die Keratohyalinkörnchen der Hornsubstanz erwiesen sich als Abkömmlinge von Zellprotoplasma. Die Hornmassen bestanden aus Hornzellen, deren Peripherie allein verhornt war, während der Zellinhalt normal blieb, wie zahlreiche Verdauungsversuche ergaben. Es lag also bei der Hyperkeratosis congenita ebensowenig eine Verhornungsanomalie vor, wie etwa an der normalen Fußsohle. Verf. macht zur Veranschaulichung des hyperkeratotischen Bildes auf folgende Färbemethode aufmerksam: Kurze Zeit Färben in polychromer Methylenblaulösung, Abspülen erst in angesäuertem, dann in gewöhnlichem Wasser, Fixieren in 1 $^0/_0$ iger Lösung von rotem Blutlaugensalz, wieder Abspülen in angesäuertem und gewöhnlichem Wasser, Alkohol, Öl, Balsam. Die Zellen bei Hyperkeratosis erscheinen dunkel- bis hellblau bis violett, bei Ichthyosis hell oder dunkelblau, nie violett. Die violetten Zellen, welche das Anfangsstadium kennzeichnen, enthielten noch unversehrte Kerne, die hellblauen zeigten nur noch degenerierte, die dunkelblauen gar keine Kerne. Es bestand also nur ein gradueller Unterschied zwischen den Befunden bei Ichthyosis und Hyperkeratosis congen., welcher die scharfe Trennung der beiden Krankheitsbilder nicht völlig rechtfertigen kann. Max Joseph (Berlin).

Josef Novak, Beitrag zur Kenntnis septischer Exantheme. (Arch. f. Dermat. u. Syph. 1905. Bd. 73.) Verf. berichtet über die akute Infektionserkrankung eines an schwerer chronischer Endocarditis leidenden 14jährigen Knaben. Nach häufig wiederkehrenden Schwellungen der unteren Extremitäten und vorhergehenden Diarrhöen erschienen auf dem ganzen Körper mit Ausnahme des Kopfes, links

aber bedeutend stärker als rechts ausgeprägt, auf ödematöser, trockener, leicht geröteter Haut unregelmäßige große Flecke. Bei näherer Betrachtung zeigten sich diese zusammengesetzt aus dicht stehenden, im Hautniveau liegenden, auf Druck abblassenden, winzigen roten bis bräunlichen, von fast violettem Hofe umgebenen Knötchen. Die klinische Diagnose wurde auf Insufficientia et stenosis valv. mitral., Tumor hepat. et lienis, Nephritis, Sepsis, Lichen scarlatinif. sept. gestellt. Die Untersuchung post mortem ergab: Endocarditis chron. et reclus. ad valvulam mitralem et tricuspidalem, Concretio cordis cum pericardio, Hypertrophia cordis totius, Hyperaemia mechan. et Hydrops univers., Dermatitis erythem. Unter dem Mikroskop zeigten Nierenteilchen in den Epithelien der Tubuli contorti reichliche Fetttröpfchen, im Perikard bemerkte Knoten erwiesen sich als narbige, hyalin degenerierte Schwielen. Vom Herzblut kulturell Kolonien von Staphylococcus pyogen. alb., eine Kolonie eines nicht grambeständigen Fadenpilzes. Verf. spricht den Fall als ein scharlachähnliches septisches Exanthem an, ähnlich dem sogenannten septischen Scharlach in Wochenbetten. Max Joseph (Berlin).

Olimpio Cozzolino, Beitrag zur Ätiologie und Pathogenese des akuten Pemphigus bei Kindern. (Contributo ell' etiologie e patogenesi del pemphigo acuto nei bambini.) (Rivista di Clinica Pediatrica. VII. 1905.) Verf. berichtet über zwei von ihm beobachtete Fälle. Er steht auf dem Standpunkt, daß es sich beim akuten Pemphigus um eine akute fieberhafte Erkrankung handelt, wie bei Masern, Scharlach, Varicellen usw., wofür die Übertragbarkeit und Überimpfbarkeit, das Vorkommen mehr oder minder umschriebener Epidemien, das häufige Vorkommen von Fieber, das bisweilen beobachtete Anschwellen der regionären Drüsen, sowie einer Nephritis spreche. In dem einen Fall des Verf.s waren Blasen auch auf der Planta pedis, ein Beweis dafür, daß diese Lokalisation nicht absolut sicher für eine syphilitische Affektion spricht. Dem Staphylococcus aureus wird eine gewisse pathogenetische Bedeutung bei der Krankheit zugesprochen. F.

G. Kien, Über den nicht syphilitischen Pemphigus der Säuglinge. (Aus der Kinderklinik der Universität Straßburg.) (Med. Klinik. 1905. Nr. 56.) K. kommt zu folgenden Ergebnissen:

1. Der akute Pemphigus muß zu den gefährlichsten Erkrankungen des Säuglingsalters gerechnet werden.

2. Der Pemphigus acutus idiopathicus der Säuglinge besitzt, sowohl im klinischen Bild, wie im Verlauf, in der Kontagiosität, wie im bakteriologischen Befund des Blaseninhalts und des Blutes, große Verwandtschaft mit dem Pemphigus der Neugeborenen.

3. Der Pemphigus symptomaticus der Säuglinge scheint ebenso übertragbar zu sein, wie der akute der Neugeborenen, und der bakteriologische Befund bei demselben ist der gleiche, wie bei jenem. Es dürfte aus diesem Grunde auch diese Pemphigusform zur akut kontagiösen Form in näherer Beziehung stehen. Grätzer.

Felix Malinowski, Über Hydroa vacciniformis. (Arch. f. Dermat. u. Syph. 1906. Bd. 78.) Verf.s Fall ist der einzige bisher

in Polen beobachtete. Er betraf einen 7jährigen Knaben, welchen er 2 Jahre lang verfolgen konnte. Charakteristisch ist das Auftreten der Eruptionen unmittelbar nach Einwirkung der Sonnenstrahlen auf unbedeckte Körperteile; typischer Verlauf des Ausschlages, papulovesicula, vesicula mit Delle und Blutergüssen, Kruste, pockenähnliche Narbe. Das anatomische Bild war das gleiche, wie es Mibelli beschrieben hat, eine diffuse primäre Entzündung mit Bildung von fibrinös-zelligem Exsudate, und diese Exsudation führt zur Bildung von vielkammerigen Bläschen. Die Therapie muß vor allem eine prophylaktische sein und den Kranken vor Sonnenstrahlen schützen.

Max Joseph (Berlin).

v. Marschalko, Über einen eigentümlichen Fall von zirkumskripter profuser Hauttalgsekretion. (Ein Beitrag zum Nerveneinfluß auf die Hauttalgabsonderung?) (Dermatolog. Zeitschr. Bd. 21. Heft 11.) Es liegt eine zirkumskripte profuse Hauttalgsekretion vor, die genau dem Innervationsgebiet des Nerv. supraorbit. entspricht. Daselbst Hypthermalgesie und Hyperalgesie. Am Margo supraorbitalis bei leisester Berührung heftigster Schmerz. Nach Entfernung der dicken Talgkruste wird an der Austrittsstelle des Nerv. supraorbit. eine Narbe sichtbar, die ca. 1 cm lang, 4 mm breit und auf Berührung enorm schmerzhaft ist. Spirituöse Waschungen, Schwefel- und Tanninpasten usw. waren ohne Wirkung auf die Talgsekretion, gegen die Schmerzen waren alle Antineuralgica erfolglos. Nach Resektion des Nerv. supraorbit. (es wurde nur ein Stück des Nerven gefunden, das im Knochen eingebettet lag, das andere Stück war wohl früher durch das Trauma degeneriert) ließen die Schmerzen und auch die Talgsekretion bedeutend nach, wenn sie auch nicht ganz aufhörten.

James O. Wentzel (Zittau).

Th. Kügler, Ein Fall von Impetigo herpetiformis bei einem Kinde von 18 Monaten. (St. Petersburger med. Wochenschr. 1905. Nr. 47.) Die sonst meist bei Schwangeren beobachtete Affektion nahm Hodensack, Penis und Inguinalgegend ein, verbreitete sich dann auf Abdomen und Oberschenkel. Das Kind hatte hohes Fieber und sehr schlechtes Allgemeinbefinden und starb nach kurzer Zeit.

Grätzer.

H. Voerner, Über Prurigo haemorrhagica. (Aus der mediz. Poliklinik zu Leipzig.) (Münch. med. Wochenschrift. 1906. Nr. 12.) V. berichtet über eine diesbezügliche Beobachtung wie folgt:

Vor einiger Zeit kam in meine Behandlung ein Kind von 4 Jahren mit einem stark juckenden Ausschlage, von welchem die Mutter behauptete, daß derselbe bereits im ersten Lebensjahre aufgetreten sei.

Der Ausschlag bestand, wie sich bei der Untersuchung zeigte, einmal aus zahlreichen punktförmigen Blutkrüstchen von frischer und älterer Farbe. Dieselben waren fast durchgängig von einem blutfarbenen Hofe umgeben, der auf Fingerdruck keine Nuance verlor. Seltener bemerkte man einige wenig oder gar nicht zerkratzte Knötchen, die kaum aus dem Hautniveau hervorragen und derbe Konsistenz zeigen. Die Farbe derselben ist dunkelrot, sie besitzen zumeist einen hämorrhagischen, auf Druck nicht abblassenden Halo von durchschnittlich $^1/_2$ bis 1 cm Durchmesser. Dazwischen finden sich auch gelegentlich stark vorspringende derbe Quaddeln von auffallend dunkelroter Farbe, die sich ebenfalls nicht völlig wegdrücken, sondern einen hämorrhagischen Ton erkennen ließen.

Die Veränderung hatte ihren Sitz im wesentlichen an der Streckseite der Ober- und Unterextremitäten. Die meisten Effloreszenzen saßen an der Vorderfläche des Unterschenkels, nächstdem waren die Oberschenkel, die Hüftgegend, die Vorder- und Oberarme befallen. Die Kniekehlen und Ellenbeugen waren vollkommen frei und stachen durch ihre normal blasse Farbe auffallend von den veränderten Partien der übrigen Extremitäten ab. An den Händen und Füßen waren die Flächen vollkommen frei, während der Rücken derselben vereinzelte erkrankte Punkte zeigte. Weiterhin war Gesicht und übriger Kopf frei, am Stamme fanden sich nur wenige belanglose Kratzaffekte.

Es handelte sich hier zweifellos um Prurigo mit Hämorrhagien, die sich eben nur an die Prurigoeffloreszenzen hielten; ein bestimmter Anhaltspunkt für die Ursache dieser Hämorrhagien ließ sich nicht finden.

Therapie: Eichenrindenbäder und Einreibungen mit Ung. sulfuratum mite, intern Calc. phosphoricum. Die Affektion verschwand, unter Hinterlassung von Pigmentationen, in 8 Tagen, kehrte aber in der Folgezeit anfallsweise wieder, d. h. es trat hier Prurigo ohne Hämorrhagien auf, der durch die gleiche Therapie immer wieder rasch zum Verschwinden gebracht wurde. Grätzer.

Engel, Zur Kenntnis der Urticaria pigmentosa. (Arch. f. Kinderheilk. Bd. 43. Heft 1—4.) Die seltene Erkrankung wird durch Mitteilung der Krankengeschichte eines Neugeborenen illustriert. Das erheblich nicht belastete normale Kind zeigt einen angeborenen urticariaähnlichen Ausschlag. Die Plaques persistieren, jucken nicht und nehmen allmählich eine bräunliche Färbung an. Während die Gesamtheit der Haut keine besondere vasomotorische Reizbarkeit erkennen läßt, treten im Bereiche der erkrankten Partien von Zeit zu Zeit immer neue urticarielle Phänomene auf. Das anatomische Substrat der Effloreszenzen ist eine dichte Ansammlung von Mastzellen im verbreiterten Kapillarkörper mit anschließender Infiltration der Cutis, deren bindegewebige Bestandteile dabei weitgehend rarefiziert werden. In den basalen Epithelzellen über den Mastzellanhäufungen ist melanotisches Pigment eingelagert, jedoch nicht immer. Hecker.

J. Kučera, Ein Fall von Urticaria auf Grund psychischer Störung. (Wiener med. Presse. 1905. Nr. 47.) Ein 13jähriges, sonst ganz gesundes Mädchen wurde von einem Insekt in die Fingerbeere des rechten Mittelfingers gestochen. Es empfand sofort einen heftigen Schmerz und wurde von großer Sorge erfüllt, da es gehört hatte, daß Insektenstiche öfters zu einer Blutvergiftung führen. Es entwickelte sich unmittelbar darauf eine Urticaria zunächst im Gesicht, und das Mädchen eilte sofort zu K., der verstörten Gesichtsausdruck, Pulsbeschleunigung und die Urticaria konstatierte, welch letztere unter seinen Augen sich rasch über Hals, Brust, Extremitäten ausbreitete, während die gestochene Hand ganz normal blieb und der Stich kaum mehr sichtbar war.

K. faßte die Affektion als durch den Angstwahn hervorgebrachte Angioneurose auf und suchte auf die Patientin psychisch einzuwirken. Durch diese Suggestionsbehandlung wurde erreicht, daß das Leiden schon nach einer Stunde völlig verschwunden war. Grätzer.

Nicola Fede, Beitrag zu einer operationslosen Behandlungsweise der Angiome im Kindesalter. (Rivista di Clinica Pediatrica. August 1905.) Verf. hat in zwei Fällen — einem Angiom auf der Stirn und einem auf einer großen Schamlippe — ein von Frallini empfohlenes und in Vergessenheit geratenes Mittel angewandt, das darin besteht, daß Sublimatkollodium (Collodium elasticum 50,0, Sublimat corrosiv. 3,0) auf das Angiom — eventuell nachdem dasselbe bedeckende Haare abgeschnitten sind — mit einem feinen Haarpinsel aufgetragen wird, wobei man sich zu hüten hat, daß man die Ränder des Angioms nicht überschreitet. Nachdem das Kollodium eingetrocknet ist, pinselt man eine neue Schicht darauf und wiederholt dies in einer Sitzung im ganzen 3—4mal, bis man das Angiom unter der schmutzigweißen Kollodiumschicht nicht mehr sieht, und bedeckt das Ganze, damit es nicht abgekratzt wird, mit Watte. Dies wird alle 3 Tage wiederholt, bis der Schorf abfällt und eine blutende Stelle zurückbleibt, die mit Sublimatlösung gewaschen und mit Xeroform bepudert wird. Der Erfolg soll in jedem Fall sicher sein; es bleibt eine glatte weiße Narbe. F.

Broers, Angiom am Kopfe. (Ned. Tydschrift v. Geneeskunde. 1906. Bd. 1. S. 756.) In der Niederl. Gesellschaft für Dermatologen berichtet B. über einen Fall von plötzlichem Tod nach Anwendung von Radiumbromid. Es handelte sich um ein Kind von 2 Monaten, bei welchem ein Angiom am Kopfe von etwa 1 cm Durchmesser behandelt wurde mit 10 mg Radiumbromid. Die Anwendung dauerte 1 Stunde; nach einer Woche hatte sich ein Schorf gebildet und wurde wieder 1 Stunde bestrahlt. Am nächstfolgenden Morgen wurde das Kind tot im Bett gefunden, ohne daß eine Ursache für diesen plötzlichen Tod konstatiert werden konnte. In dieser Sitzung wurde deshalb vor der Anwendung des Radiumbromids auf Stellen in der Nähe des Gehirns gewarnt. Graanboom (Amsterdam).

Giovannini, Über einen Fall universeller Alopecia areata in Verbindung mit Mycosis fungoides. (Arch. f. Dermat. u. Syph. 1906. Bd. 78.) Bei dem 13jährigen Mädchen trat wenige Tage nach einer Influenza eine Alopecia areata auf, welche bald universell wurde. Beinahe 6 Monate nach dem Anfange der Alopecie begannen die ersten Erscheinungen der Mycosis fungoides. Ungewöhnlich ist an diesem Falle nicht nur das Zusammentreffen der beiden Affektionen, sondern auch der Beginn der Mycosis in einem Alter von nur 14 Jahren. Sowohl in der anscheinend gesunden Haut der allgemeinen Alopecie als auch in jener mit prämycotischen Läsionen kam als histologische Hauptveränderung eine wesentlich identische zellige Infiltration vor. Merkwürdigerweise fand ferner in den prämycotischen Eruptionen eine Umbildung der Talgdrüsen und Zysten statt und es traten nach dem Verschwinden der Eruptionen selbst Milien auf.

Max Joseph (Berlin).

Kromayer, Resultate der Lichtbehandlung bei Alopecia areata. (Mon. f. prakt. Dermat. 1. Juli 1905.) Verf. berichtet über 33 Fälle von Alopecia areata, welche er mit kaltem Eisenlicht be-

handelt hat. Er teilt dieselben in zwei Gruppen ein, von denen die erste leichtere Fälle umfaßt, bei denen weniger als die Hälfte des Kopfes kahl ist, während die zweite alle totalen Alopecien und die mit einer Ausdehnung über mehr als die Hälfte des Kopfes einbegreift. Die Belichtungen mit kaltem Eisenlicht finden im Gegensatz zu der Finsenbehandlung ohne Drucklinse statt, der Abstand der Elektrode von der Haut variiert zwischen 4 und 10 cm. Die Zeit, die für die Belichtung nötig ist, um die gewünschte entzündliche Reaktion zu zeigen, variiert von einer halben Minute bis zu zehn und darüber. Ist überall eine intensive zur Blasenbildung leicht neigende Entzündung erzielt, so wird die Belichtung ausgesetzt, bis die Entzündung zurückgegangen ist. Bei Zusammenfassung der Resultate stehen 28 Erfolgen 5 Mißerfolge gegenüber, also etwa 15 %. Bei alleiniger Berücksichtigung der leichteren Fälle ist kein Mißerfolg zu verzeichnen, während dann freilich bei der Gruppe II die Mißerfolge auf 25 % steigen, 5 Mißerfolge zu 15 Erfolgen. Max Joseph (Berlin).

Menahem Hodara, Über die Behandlung der Krätze. (Mon. f. prakt. Dermat. Nr. 6. 15. März 1905.) Bei einer Krätzeepidemie in Konstantinopel erprobte Verf. folgende Salbe als besonders erfolgreich: Axung. porci. Ol oliv. āā 100,0, Sulf. Naphtol β, Bals. peruv. Cret. praepar. āā 20,0, Essence de violette als aromatischer Zusatz. Brennen an empfindlichen Hautstellen nach Einreibung der Salbe beseitigt man durch Olivenöl, verbiete aber Seifenbäder während der Behandlung wegen des unnötigen Hautreizes. Erst nach vollendeter Kur verordne man ein Reinigungsbad. Bei kleinen Kindern verdünne man die Salbe mit 100,0—200,0 Ol. oliv. Mit der Skabies einhergehende Impetigo, Ecthyma, Folliculitis oder Ekzeme behandle man lokal mit Vaselin 5,0, Lanolin 15,0, Glyzerin 5,0, Sulf. 5,0, Sach. 10,0, Zinc. oxyd. 10,0, Menthol 0,1. Max Joseph (Berlin).

Dreuw, Euguform bei Hautkrankheiten. (Mon. f. prakt. Dermat. 1905. Nr. 6.) Zu verschiedenen Heilzwecken erprobte Verf. das Euguform mit gutem Erfolge. Es eignete sich bei allen ulzerösen Prozessen zum Ersatz für Jodoform und führte selbst bei nicht zur Überhäutung neigenden Geschwüren bald zu neuer Epithelbildung. Gegen papulöse und pruriginöse Ekzeme bewährte sich neben 5 bis 10 %iger Salbe folgende Medikation: Euguform 4,0, Zinci oxidat. 6,0, Terr. silic. 2,0, Adip. benzoati 28,0. Ausgezeichnet erwies sich das Euguformpulver zur Vorbereitung von Herden des Lupus exulcerans für die spätere Behandlung, aber auch zur Nachbehandlung von zuvor vereistem und mit Salzsäure geätztem Lupus. Hierbei stellte sich als besonders zuträglich heraus, daß das Euguform fest an der Unterlage haftete, die Schmerzen linderte und die Borkenbildung schneller als jedes andere Mittel beförderte. Max Joseph (Berlin).

H. Vörner, Über die Verwendbarkeit der konzentrierten Karbolsäure zur Behandlung des Skrofuloderma und der Furunculosis. (Aus der med. Poliklinik in Leipzig.) (Münch. med. Wochenschrift. 1905. Nr. 42.) Skrofulodermen heilen ja auch spontan, bedürfen hierzu aber einiger Zeit und führen gewöhnlich zu

erheblicher Narbenbildung. Die Karbolbehandlung beschleunigt die Heilung und verhindert eine größere Entstellung. Die Herde werden bis zu 8 Tagen hintereinander täglich einmal touchiert, das abgestorbene Gewebe eventuell mit scharfem Löffel ausgehoben. Zur Betupfung benutzt V. eine konzentrierte Auflösung von reiner kristallisierter Karbolsäure in absolutem oder rektifiz. Alkohol (wirksamer als Acid. carbolic. liquef.), hierauf einen indifferenten Salbenverband.

Wichtiger noch ist die Karbolbehandlung für die Furunkulose. V. unterscheidet zwischen unerweichten und mehr oder weniger fluktuierenden Knoten, zwischen kleineren und größeren. Bei unerweichten kleineren Furunkeln genügt eine zentrale Betupfung. Bei größeren macht V. mit einer feinen Nadel oder Sonde so tief als möglich die Ätzung der zentral gelegenen Haarbälge bzw. Talgdrüsenöffnungen. Ist ein zentraler Kanal auffindbar, so wird in denselben so tief als möglich das Medikament mit einem der Dicke des Kanals entsprechenden Instrumente hineingebracht. Bei erweichten Knoten wird die natürliche Öffnung benutzt oder durch Einstich eine solche geschaffen. Touchierung einmal täglich. Oft genügt eine einzige, manchmal muß man die Betupfungen mehrere Tage wiederholen (bis zu 8 Tagen, je nach Größe). Im übrigen werden am 1. und 2. Tage, namentlich bei erheblicher Schwellung, Umschläge verordnet, dann eine indifferente Salbe (Bor, Arg. nitr.) verwendet. Pflaster nicht empfehlenswert! Vielfach gar kein Verband nötig. Auch wenn sehr viele Furunkel vorhanden waren, erfolgte Heilung nach mehrtägiger Behandlung. Diese bewährte sich auch bei der Furunkulosis der Säuglinge (5 Fälle). Es wurden sofort sämtliche Knoten touchiert, worauf bereits am folgenden Tage $^1/_4$—$^2/_3$ derselben zurückgingen; am dritten Tage wurden die hartnäckigen inzidiert und die Höhle touchiert. Heilung in 6—11 Tagen. Bei kleineren Furunkeln reicht im allgemeinen eine Betupfung aus, bei größeren ist Wiederholung an den nächsten Tagen nötig. V. hat noch von keiner Behandlung so günstige Resultate gesehen.

Grätzer.

Schmidt, Die Röntgenbehandlung der Psoriasis und des Ekzems. (Zeitschr. f. physik. u. diätet. Therapie. Bd. 10. Heft 3.) Die Vorteile, welche die Röntgentherapie der Psoriasis und des Ekzems gegenüber der medikamentösen Behandlung bietet, präzisiert der Verf. folgendermaßen. Die Röntgenbehandlung ist für den Pat. bequemer, da sie die lästige und bespielsweise an den Händen ohne Berufsstörung überhaupt schwer durchführbare Salbenbehandlung überflüssig macht. Sie führt weiter die Heilung in kürzerer Zeit herbei und wirkt auch in veralteten und hartnäckigen Fällen prompt und sicher, in denen andere Methoden versagt haben. Nachteile bietet die Methode nicht, vorausgesetzt, daß der Arzt die nötige Übung und Erfahrung besitzt und mit der größten Vorsicht zu Werke geht. Rezidive sind natürlich unter dieser Behandlung ebensowenig zu vermeiden wie bei anderen Methoden.

Freyhan (Berlin).

Suchier, Weitere Mitteilungen über den Wert der statischen Elektrizität für die Behandlung parasitärer Derma-

tosen. (Dermatolog. Zeitschr. Bd. 12. Heft 11.) Verf. hat die von ihm bereits 1904 veröffentlichte Methode mit der statischen Elektrizität (bei Lupus erythematosus und vulgaris 1904) nun auch für andere parasitäre Dermatosen (zu denen er auch die Karzinomatosen rechnet, wie er ausführlich begründet) versucht. Wesentlich für den Erfolg ist die Stromstärke. Die Elektrodenspitzen werden mit einem kleinen Kegel von weichem Holze oder Kork armiert. (Die Elektrodenspitze kann auch mit einem kleinen Glaskegel versehen sein, der vorn mit Stanniol überzogen ist.) Das Material muß vollständig trocken und von homogener Beschaffenheit sein, da bei der geringsten Feuchtigkeit die Elektrizität nicht als Funkenbündel, sondern als Glimmlicht (blaue Flamme) überströmt. Ferner dürfen die beiden Pole nicht zu weit voneinander entfernt sein. Erfolge will S. bei je einem Eczema chronic. und Mycosis fungoides, sowie mehreren Fällen von Hautkarzinom erzielt haben. James O. Wentzel (Zittau).

Max Joseph (Berlin), Über Pittylen, ein neues Teerpräparat. (Dermatolog. Zentralblatt. Jahrg. 9. Heft 3.) Pittylen (früher Eupicin genannt) ist ein Kondensationsprodukt des Nadelholzteers mit Formaldehyd von der Firma Lingner (Dresden).

Die Indikationen sind zum größten Teile die des Teers. Es zeichnet sich aus durch möglichste Reiz- und Geruchlosigkeit.

J. hat es an Hunderten von Fällen in seiner Poliklinik einer eingehenden therapeutischen Untersuchung unterworfen. Bei impetizinösen Ekzemen der Kinder empfiehlt J. 2—10 % Pasten oder 10 % Schüttelmixturen

Pittylen 5—10,0
Zinc. oxyd.
Amyl. āā 20,0
Glyzerin 30,0
Aq. dest. ad 100,0.

Bei hartnäckigem tylotischem Ekzem, chronischem lokalisiertem Nagelekzem, Keratom der Handteller und Fußsohlen, Lichen chron. simpl. wurden 10—60 % Pittylenparaplaste verwendet, die sich besser bewährten als Trikotplaste (Paraplaste sind bekanntlich Pflaster, die als Unterlage ein dünnes Baumwollgewebe haben, das einseitig gummiert ist und ein der Hautfarbe ähnliches Aussehen hat. Ref.).

Selbst Lichen ruber verruc. und ein Fall von Porokeratosis, der bisher allen Medikationen getrotzt hatte, zeigten erhebliche Besserung.

Für Pityriasis rosea und Eczema seborrh. corpor. zeigte sich 8 % Pittylen-Azeton wirksam (2mal täglich eingepinselt und 3mal wöchentlich ein Bad mit Pittylenseife). Bei Pityriasis versicolor, chron. urticariellen Prozessen und Strophulus infant. wurde 8 % spirituöse Pittylenlösung, bei Herpes tonsur. vesiculos. 5—10 % Pittylenkollodium verwendet.

Acne vulgaris wurde mit Pittylenseife behandelt. Die Seife wurde eingeschäumt und auf der Haut verrieben, mehrmals täglich 5—13 Minuten, bei hartnäckigen Fällen flüssige Pittylenseife. Bekämpfung der Entzündung mit indifferenten Salben.

James O. Wentzel (Zittau).

J. Bernheim-Karrer, Beitrag zur Kenntnis der Ekzemtodesfälle. (Jahrb. f. Kinderheilk. Bd. 62. Heft 6.) Zwei Fälle von plötzlich gestorbenen Ekzemkindern, von denen der eine post mortem Staphylokokken im Blute nachweisen ließ, der andere endokarditische Veränderungen zeigte. Letzterer mahnt dazu, dem Herzen bei Ekzemkindern größere Aufmerksamkeit zu schenken.

Hecker (München).

Lesné (Paris), Traitement par le babeurre de certaines toxidermites de l'enfance (strophulus et eczéma). (Archives de méd. de l'enfance. 1906. Nr. 1.) Ausgehend von der mehrfach vertretenen Lehre, daß verschiedene Hautkrankheiten der Kindheit, und in erster Linie Strophulus und Ekzeme auf einer Autointoxikation, hervorgerufen durch eine fehlerhafte oder infizierte Nahrung, beruhen, hat L. in der Behandlung dieser Affektionen sein Hauptaugenmerk auf die Regelung der Diät gerichtet und zu diesem Behufe die Milchnahrung vollkommen ab- und durch Buttermilch ersetzen lassen. Die Resultate waren bei allen an den erwähnten Krankheiten leidenden Kindern, deren Krankengeschichten (13) im Auszuge mitgeteilt werden, sehr gute; außer dem Einflusse auf den Hautprozeß beobachtet man auch eine Regelung der Stuhlentleerung und der Verdauung im allgemeinen.

Lokal werden bei Ekzemen Waschungen mit einfachem warmen Wasser oder verschiedenen Abkochungen, bzw. feuchte Umschläge empfohlen. Besteht keine Hautinfektion oder ist die feuchte Behandlung nicht gut durchführbar, so empfiehlt es sich, die kranken Stellen reichlich mit einem Pulver, bestehend aus: Talcum, Bismuthum subnitr. āā 2 Teile, Zincum oxydatum 1 Teil, zu bestreuen. Ref. würde statt des salpeters. Bismuts das viel wirksamere Xeroform empfehlen.

Bei Strophulus sind ebenfalls warme Waschungen von Vorteil, und falls starkes Jucken besteht, so wird dasselbe durch Lösungen von Chloral oder Karbolsäure 1:1000, oder von Menthol 1:1000 mit nachfolgender Einstreuung eines indifferenten Pulvers, gemildert.

Die von L. benützte Buttermilch wurde aus frischer Milch gewonnen, sterilisiert, derselben ein Löffel Mehl und 80—90 g Zucker hinzugefügt, dann einige Minuten unter fortwährendem Umrühren gekocht und kleinen Kindern mit der Saugflasche eingegeben.

Der günstige Einfluß der Buttermilch ist komplexer Natur, doch beruht derselbe hauptsächlich auf einer Verminderung der intestinalen Gärungen; in dieser Beziehung ist dieselbe den gewöhnlich benützten Darmantisepticis bei weitem überlegen.

E. Toff (Braila).

Risel, Körpergewichte und Milchdiät bei scharlachkranken Kindern. (Zeitschr. f. klin. Med. Bd. 59. Heft 2—4.) Um festzustellen, wie weit die beim Scharlach prophylaktisch gegen das Eintreten einer Nephritis für die ersten 3 Wochen empfohlene reine Milchdiät genügt, um Kinder vor allzu großen Substanzverlusten zu bewahren, hat Verf. die scharlachkranken Kinder seiner Abteilung genauen Wägungen unterzogen. Es ergab sich, daß die vielfach gegen die Milchdiät erhobenen Einwände ungerechtfertigt sind. Denn bei nur einigermaßen günstig verlaufendem Scharlach werden von Kindern

die anfänglichen Gewichtsverluste in der Rekonvaleszenz durch Gewichtsansatz weit überholt; letzterer setzt sogar schon in den meisten Fällen während der Milchdiät ein. Freyhan (Berlin).

H. Pater (Paris), Action du régime achloruré sur les variations de poids au cours de la scarlatine. (La presse médicale. 1906. Nr. 40.) Der Verf. hat in der Spitalsabteilung von Guinon Untersuchungen über den Einfluß der salzlosen Nahrung auf Skarlatinöse gemacht und ist zu folgenden Schlüssen gelangt.

Die salzlose Ernährung ist bei Scharlach von Vorteil, dieselbe wird gut vertragen und wird von den Kindern der reinen Milchdiät vorgezogen, indem sie auf diese Weise verschiedene Nahrungsmittel zu sich nehmen können. Sowie man mit diesem Regime beginnt, bemerkt man ein Ansteigen des Körpergewichts. Die Rekonvaleszenz wird auf diese Weise abgekürzt und dem Entwickeln einer Nephritis vorgebeugt. Falls bereits Albuminurie besteht, so verschwindet dieselbe, um nicht wieder zu erscheinen.

Man beginnt mit dieser Ernährung, sowie das Fieber verschwunden ist, und besteht dieselbe hauptsächlich aus nicht gesalzenem Brote, Milchspeisen, Mehlspeisen und $^1/_2$ Liter Milch als Getränk.

E. Toff (Braila).

Gabryczewski, Antiskarlatinöser Impfstoff und die Spezifizität des Streptokokkus der Skarlatina. (Russkij Wracz. 1906. Nr. 16.) Wenn auch öfters der Streptokokkus bei der skarlatinösen Angina und post mortem fast immer im Blute und inneren Organen nachzuweisen ist, so ist die Frage, ob er Ursache der Skarlatina ist, nicht entschieden. Verf. glaubt, daß der Streptokokkus in jedem Falle eine große Rolle bei der Erkrankung an Skarlatina spielt, und wenn auch seine Spezifizität noch nicht endgültig entschieden ist, so sprechen viele Umstände, nicht zum geringsten der günstige Einfluß des Moserschen Serums, für den Streptokokkus als Ursache der Erkrankung.

Ende 1904 begann G. seine Untersuchungen über die Streptokokkenkulturen zuerst bei der Pferdedruse (adenitis s. morbus glandulosus s. coryza glandulosa epizootica equorum), einem durch den Streptokokkus hervorgerufenen, der Skarlatina ähnlichem Krankheitsbilde.

Bouillonkulturen dieses Streptokokkus, zehnfach kondensiert unter Zugabe von 0,5 % Karbolsäure, dienten dem Verf. als Impfstoff. Bei über 100 Pferden wurde durch diesen Impfstoff Immunität gegen die Drusenkrankheit erzielt. Darauf hin hat Verf. Versuche begonnen mit einem antiskarlatinösen Impfstoff, hergestellt durch Erhitzen konzentrierter Streptokokkenkulturen bis 60° C. unter Zugabe von 0,5 % Karbolsäure. Die erste Injektion nahm G. bei sich selbst vor, die nächsten bei Kindern. Der Impfstoff wird in der Menge von 0,5 ccm unter der Bauchhaut eingespritzt; weitere Injektionen geschehen in 7—10 tägigen Intervallen, steigend jedesmal um $1\,^1/_2$—2 mal, je nach der Reaktion; dieselbe soll die Temperaturerhöhung von 39° C. nicht übersteigen. Kindern bis zu 2 Jahren rät Verf. die halbe, Erwachsenen die doppelte Dosis einzuimpfen. So wurden an 700 Kinder ver-

schiedenen Alters behandelt. Verf. ist von einem günstigen Einfluß des Mittels als Prophylaktikum überzeugt.

Bei manchen Kindern kam ein dem skarlatinösen ähnlicher Ausschlag zum Vorschein, unter gleichzeitiger Temperaturerhöhung auf 38° C. Das Erythem dauerte 1—3 Tage, manchmal gesellten sich Halsschmerzen und Erbrechen hinzu, Symptome, die auf Skarlatina hinweisen dürften.

Die verschiedene Widerstandsfähigkeit ist Ursache, warum in manchen Fällen bloß ein Exanthem, in anderen Erbrechen und Halsschmerzen, in anderen hingegen gar keine Reaktion zu konstatieren war.

Gabel (Lemberg).

P. V. Jezierski, Über transitorische Geistesstörungen bei Kindern nach Scharlach. (Aus der mediz. Klinik in Zürich.) (Mediz. Klinik. 1905. Nr. 50.) Drei erblich nicht belastete Kinder im Alter von 7, $3\frac{1}{2}$ und 5 Jahren erkrankten im Anschluß an Scharlach im Stadium der Rekonvaleszenz mit Symptomen akuter geistiger Störungen, die nach einigen Tagen zum Teil völlig verschwanden, zum Teil aber spurenweise noch erhalten blieben. Der erste Fall mit dem Grundzug der Ruhe, der Depression, stand für sich allein da, die beiden anderen berührten sich vielfach, und in beiden überwog der Charakter der Unruhe und Erregung. Die erste Form entsprach dem Bilde der Stupidität, die beiden anderen den Erregungszuständen; alle drei entfielen auf diejenigen klinischen Formen, welche Kräpelin als „infektiöse Schwächezustände" bezeichnet. Die Behandlung bestand in reizloser, forcierter Ernährung, täglichen Bädern von 35° bis 15 Minuten lang, in dauernder Überwachung und Beschäftigung mit den Patienten, im Zureden und Ermahnen.

Von Psychosen nach Scharlach bei Kindern wurden bisher etwa 20 Fälle beobachtet. Die meisten davon entfielen auf die Zeit des initial- oder intraskarlatinösen Stadiums, nur fünf auf das Stadium der Rekonvaleszenz, wie obige drei Fälle.

Grätzer.

W. Lange, Akute Empyeme der Nebenhöhlen der Nase nach Scharlach. (Aus der Kinderklinik und Ohrenklinik der kgl. Charité in Berlin.) (Mediz. Klinik. 19. August 1906.) L. hatte Gelegenheit, sechs Fälle von akuten Nebenhöhlenempyemen nach Scharlach bei Kindern von $2\frac{1}{2}$—6 Jahren zu beobachten. Er schildert dieselben eingehend und läßt dieser Schilderung eine längere epikritische Besprechung folgen, die der Wichtigkeit des Gegenstandes wegen wörtlich wiedergegeben werden soll.

„In den sechs Fällen handelte es sich also einmal um eine manifeste Erkrankung der rechten Kieferhöhle. Ein Durchbruch nach außen führte zu einem Abszeß auf der Wange. Nach Spaltung dieses Abszesses und Erweiterung der Fistel nach der Kieferhöhle ging der Prozeß zurück, ohne daß ein besonderer operativer Eingriff nötig gewesen wäre. Die übrigen Fälle betrafen die Siebbeinlabyrinthe und Stirnhöhlen und machten Eingriffe nötig, wie sie bei Erwachsenen ausgeführt werden. Die Erklärung für die größere Häufigkeit letztgenannter Höhlen ist wohl in den anatomischen Verhältnissen zu suchen. Aus der Kieferhöhle entleert sich vermöge

ihrer einfachen Form und geringen Größe in diesem Lebensalter der Eiter leichter durch die natürliche Öffnung in die Nase. In den schon in der Anlage komplizierter gestalteten Siebbeinzellen und Stirnhöhlen kommt es eher zu Retentionen und Durchbruch nach der Nachbarschaft. Inwieweit in den beobachteten Fällen die Keilbeinhöhlen an der Erkrankung beteiligt waren, ist nicht festgestellt worden. Die Möglichkeit und Wahrscheinlichkeit der Miterkrankung ist besonders in Fall 1 gegeben. Systematisch eröffnet ist die Keilbeinhöhle in keinem Falle. Durch klinische Untersuchung und Beobachtung eine genaue Diagnose auf Keilbeinhöhleneiterung zu stellen, dürfte bei schwerkranken Kindern in dem Alter überhaupt recht schwierig sein. Soviel ist aber sicher, daß jetzt bei den fünf nachuntersuchten Kindern kein Anhaltspunkt für eine chronische Keilbeinhöhleneiterung vorhanden ist.

Die Erkrankung war in allen Fällen schwer. Der lokale Prozeß bestand nicht nur in einer hochgradigen Entzündung der Schleimhaut, sondern auch in Erkrankung des Knochens. Es war zu ausgedehnter kariöser Zerstörung, teilweise mit Bildung größerer Sequester gekommen, ganz ähnlich wie wir es bei den Mittelohreiterungen nach Scharlach zu sehen gewohnt sind.

Das klinische Bild des Nebenhöhlenempyems als Komplikation des Scharlachs war nur in Fall 2 und allenfalls in Fall 6 rein, da sonst keine Erscheinungen bestanden, auf die das Wiederansteigen des Fiebers zurückgeführt werden konnte. Die übrigen Fälle waren außerdem durch Drüsenabszesse und schwere Mittelohreiterungen kompliziert. Wir sehen an Fall 2 und 6, daß es ebenso wie es Preysing schildert, nach anfänglicher Entfieberung unter Entwicklung der lokalen Symptome wieder Fieber auftritt, das erst nach ausgiebiger Eröffnung des lokalisierten Eiterherdes wieder zurückgeht.

Die Therapie war in allen Fällen durch den Befund gegeben. Im Falle 3 genügte eine ausgiebige Inzision mit Auskratzung des Abszesses und Erweiterung der Fistel in der Kieferhöhle. Die einfachen anatomischen Verhältnisse der erkrankten Höhle geben dafür die Erklärung. Die Erkrankung der Stirnhöhlen, der Siebbeinzellen und die davon ausgegangenen Orbitalabszesse machten nicht nur eine Eröffnung von außen nötig, sondern sie erforderten auch die Herstellung einer freien Kommunikation nach der Nase zu gemäß den Grundsätzen, nach denen wir bei der Operation akuter Empyeme Erwachsener verfahren. Die mangelnde oder ungenügende Kommunikation rächte sich im Falle 1, 5 und 6; erst erneute gründliche Operationen brachten Heilung. Im Falle 2 heilte das Empyem auch ohne diese Kommunikation aus, da es aber abgeschlossen war, so ist das erklärlich. Der Versuch, die Hautwunde sofort wenigstens zum Teil zu schließen, um das kosmetische Resultat zu verbessern, scheiterte; es kam immer zu einer erheblichen entzündlichen Reizung und Schwellung der Wundränder, und die Klammern mußten entfernt werden. Die Heilung per secundam hat aber in keinem Falle eine auffällige Entstellung zur Folge gehabt. Die Narben sind schmal, blaß und liegen im Niveau der Haut.

Fall 1—4 und 6 sind als geheilt zu betrachten; sie sind völlig

beschwerdefrei, Naseneiterung besteht bei keinem. Die chronische Rhinitis im Fall 1 beruht wahrscheinlich auf der Hypertrophie der Rachenmandel; der Erfolg ihrer Entfernung bleibt abzuwarten. Das Kieferhöhlenempyem (3.) scheint allerdings eine etwas stärkere Reizbarkeit der Nasenschleimhaut zurückgelassen zu haben; eine anatomische Grundlage dafür konnte aber nicht gefunden werden.

Die Ähnlichkeit im lokalen Befund und in der Zeit des Auftretens weisen darauf hin, daß wir die Nebenhöhlenempyeme und Mittelohreiterungen als Komplikationen gleicher Pathogenese anzusehen haben. Auch die Nebenhöhlenempyeme kommen nicht durch Weiterkriechen eines destruktiven Prozesses vom Nasenrachenraume aus zustande, in keinem der Fälle wird eine schwere Scharlachdiphtherie notiert, die zu ausgedehnten Nekrosen im Nasenrachenraume geführt hatte.

Dagegen bestand in vier Fällen (1, 3, 4 und 5) eine teilweise sehr profuse Naseneiterung; im Falle 2 fehlte sie; auch in Fall 6, der überhaupt einen weniger stürmischen Verlauf zeigt, ist sie nicht auffallend gewesen. Die Zahl der Beobachtungen ist zu gering, um entscheiden zu können, ob in allen Fällen primär eine Naseneiterung vorhanden ist oder ob die Naseneiterung nur ein Symptom der bestehenden Nebenhöhlenerkrankung ist.

Nicht jede Mittelohreiterung nach Scharlach führt zu schweren Veränderungen, die einen sofortigen operativen Eingriff nötig machen. Viele heilen ab, viele werden chronisch. Ebenso können wir annehmen, daß nur ein Teil der Nebenhöhlenempyeme so verläuft, wie die beschriebenen. Infolge der einfachen Konfiguration der Nebenhöhlen im Kindesalter ist die Möglichkeit einer spontanen Ausheilung günstiger als bei Erwachsenen. Vielleicht ist die Mehrzahl der Naseneiterungen bei Scharlach auf Nebenhöhlenempyeme zurückzuführen; vielleicht auch ist manche Störung der Rekonvaleszenz dadurch bedingt. Systematische Untersuchungen darüber fehlen noch.

Eine Stütze finden diese Vermutungen in den Sektionsbefunden der Nebenhöhlen bei Scharlachkindern. Moritz Wolff fand bei zwei Fällen von Scharlach und drei Fällen von Scharlachdiphtherie meist die Kieferhöhle, einmal auch die Keilbeinhöhle in mehr oder minder hohem Grade entzündlich verändert. Wertheim hat bei Sektion von zwei Fällen einmal die Kieferhöhle erkrankt gefunden. Scholle berichtet über zwei Kinder, von denen eins an otitischer Meningitis, das andere an Pyämie und Meningitis gestorben war; bei beiden enthielt die rechte Stirnhöhle dicken Eiter; auch die Knochenwände waren miterkrankt, zum Teil nekrotisch geworden.

Wird durch weitere systematische klinische und anatomische Beobachtung bestätigt, daß die akuten Erkrankungen der Nebenhöhlen tatsächlich bei Scharlach nicht selten sind, so müssen wir auch dem Scharlach für die Ätiologie der chronischen Empyeme eine größere Beachtung schenken. Wir werden ebenso wie bei chronischen Mittelohreiterungen immer nach Scharlach in der Anamnese suchen müssen. Ausdrücklich erwähnt habe ich es nur bei Grünwald und Killian gefunden, daß ein chronisches Empyem mit Sicherheit auf Scharlach zurückgeführt werden konnte.

Soviel ergibt sich meines Erachtens schon jetzt für die Praxis, daß man den akuten Empyemen der Nasennebenhöhlen als Komplikation des Scharlachs eine größere Beachtung schenken muß, als es anscheinend bisher geschehen ist.

Für die Diagnose kommt vor allem das Bestehen einer Naseneiterung in Betracht. Doch zeigt Fall 2, daß sie auch fehlen kann. Eine exakte Diagnose, welche Nebenhöhlen erkrankt sind, in den Fällen zu stellen, in denen nur eine profuse Naseneiterung den Verdacht einer Nebenhöhlenerkrankung erweckt, ohne daß Komplikationen aufgetreten sind, wird nicht leicht sein; je jünger der Patient, um so schwieriger. Für die Therapie ist es in solchen Fällen auch nicht unbedingt nötig. Immerhin soll man versuchen, sich durch Anwendung eines Nebennierenpräparates in Kombination mit dem wenig giftigen Novokain, einen Überblick von dem Naseninnern zu verschaffen. Man soll dies um so mehr tun, als die wenn auch vorübergehende Abschwellung der Nasenschleimhaut einen therapeutischen Wert hat. Die Entfernung des Sekretes wird erheblich erleichtert oder überhaupt erst ermöglicht. Im übrigen wird man sich auf eine Reinigung der Nase mittels schwacher antiseptischer Lösungen am besten in Form eines Sprays beschränken.

Anders liegen die Verhältnisse, wenn es zu Komplikationen des Empyems gekommen ist.

Die Empyeme der Stirnhöhle, der Siebbeinzellen und Keilbeinhöhle führen zu Orbitalphlegmonen oder -abszessen. Sie sitzen in den medialen Teilen der Orbita; liegen sie hinter dem Bulbus, so wird er vorgetrieben werden, liegen sie neben oder vor ihm, so fehlt die Protrusio. Dabei sind die Tränenwege frei von entzündlichen Veränderungen, ebenso waren wenigstens in unseren Fällen die Konjunktiven auffallend wenig verändert.

Als erstes Zeichen, noch ehe es zu größeren Schwellungen der Lider kommt, tritt bei den Komplikationen der Siebbeinempyeme eine charakteristische, schmerzhafte Verbreiterung der Nasenwurzel auf.

Von den Kieferhöhlen ausgehende Erkrankungen werden Veränderungen unterhalb der Orbita hervorrufen. In unserem Falle (3) war das Empyem in der Fossa canina durchgebrochen. Die eine Beobachtung genügt aber nicht, um sagen zu können, daß es immer so ist.

Die Störung des Allgemeinbefindens ist eine erhebliche: hohes septisches Fieber, ja tödliche Pyämie können allein von den Komplikationen der Nebenhöhlenempyeme ausgehen.

Die Therapie ist in solchen Fällen eine rein chirurgische. Wie bei den Mastoiditiden nach Scharlach soll man nicht zu lange warten mit der Operation. Man soll immer möglichst gründlich operieren. Deswegen ist von einem endonasalen Vorgehen abzuraten; es ist schwer und führt nicht zum Ziele.

Der Weg wird meist durch die Art und den Sitz der Komplikation vorgezeichnet sein. Ebensowenig aber wie wir uns bei einem subperiostalen Abszeß des Warzenfortsatzes mit der Entleerung des Eiters begnügen, sondern immer bis zum Ausgangspunkt der Erkrankung, dem Antrum mastoideum, vorgehen und dieses breit eröffnen, ebensowenig dürfen wir uns z. B. auf die Entleerung eines

Orbitalabszesses beschränken, sondern wir müssen die erkrankte Nebenhöhle, die den Ausgangspunkt bildete, aufsuchen, ausräumen und nach der Nase zu eine weite Kommunikation herstellen. Die Mitbeteiligung der knöchernen Wände macht dies unbedingt nötig.

Die Lage und Form des Hautschnittes ist durch kosmetische Gesichtspunkte gegeben. Erfahrungsgemäß geben Schnitte, die bogenförmig den inneren Augenwinkel umkreisen, wenig sichtbare Narben. Für die Ausräumung der Stirnhöhle und Siebbeinzellen ist diese Schnittführung sicher die beste. — Bei Komplikationen, die von der erkrankten Kieferhöhle ausgehen, wird eventuell die Eröffnung vom Munde aus in Frage kommen."

Grätzer.

Hilsum, Die vierte Krankheit. (Nederl. Tydschr. voor Geneeskunde. 1906. Nr. 1.) Im Jahre 1900 wurde von Dukes unter dem Namen „Vierte Krankheit" von den akuten Exanthemen abgesondert eine Symptomengruppe, die, was das Exanthem anbetrifft, dem Scharlach, was den Verlauf aber anbetrifft, der Rubeola gleicht, aber doch in verschiedener Hinsicht von diesen beiden Krankheiten charakteristische Unterschiede darbietet und von ihm als morbus sui generis aufgefaßt wurde.

Der gleiche Symptomenkomplex war schon im Jahre 1886 durch Filatow als Rubeola scarlatinosa beschrieben worden.

Im Jahre 1898 hat von Waly als Skarlatinoid eine ähnliche Symptomengruppe beschrieben. Trammer hat im Jahre 1901 den Namen Skarlatinoid der Symptomengruppe gegeben, welche durch Cheinisse als „la cinquième maladie éruptive", durch Schmidt als Erythema infectiosum und durch Feilchenfeld als Erythema simplex marginatum beschrieben ist.

H. hat nun mehrere Fälle beobachtet, die beweisen, wie schwierig es ist, in einem konkreten Falle die Erkrankung zu einem der vielen bis jetzt aufgestellten ähnlichen Krankheitsbilder zurückzuführen. Er beschreibt z. B. einen dieser Fälle, wo der Anfang sich markierte durch plötzlichen Beginn, Schüttelfrost, Erbrechen, bedeutende Temperaturerhöhung, Scharlachexanthem und Himbeerzunge, also den Beginn des typischen Scharlachs. Das Exanthem wie das Fieber verschwanden aber innerhalb 36 Stunden und die Desquamation blieb aus, so daß a posteriori die Diagnose Scharlach hinfällig war. Daß es sich auch in diesem Falle nicht um Röteln handelte, beweisen die Abwesenheit der Lymphdrüsenschwellung und das Vorhandensein der Himbeerzunge, und H. betont dann weiter, daß sowohl der plötzliche heftige Anfang der Erkrankung als die Himbeerzunge gegen die Diagnose „Vierte Krankheit" sprechen.

H. ist nun der Meinung, daß vorläufig sowohl im Interesse des Patienten, als auch der Umgebung man derartige Fälle als Abortiv-Scharlach diagnostizieren und behandeln sollte.

Graanboom (Amsterdam).

André Moussous (Bordeaux), Quelques cas de mégalérythème épidémique. (Archives de méd. des enf. 1906. Nr. 2.) Das Exanthem befiel zuerst einen 13jährigen Knaben und erschien in den Hauptzügen wie eine schwere Urticaria, von welcher es sich

aber wieder durch gewisse Eigentümlichkeiten unterschied. Hauptsächlich waren befallen das Gesicht, die oberen und unteren Extremitäten, während auf dem Stamme nur einige rote Flecken zu beobachten waren. Die Temperatur war kaum erhöht, auch sonst war keine krankhafte Erscheinung an den inneren Organen wahrzunehmen. Der Zustand ging nach 8 Tagen in Heilung über. 10 Tage später erkrankte eine 11jährige Schwester des Patienten unter identischen Erscheinungen, 8 Tage später bekam das Dienstmädchen des Hauses dieselbe Krankheit, während eine jüngere Schwester, die rechtzeitig isoliert wurde, verschont blieb. Die zuerst von Escherich und seinen Schülern beschriebene und von Sticker als epidemisches Megalerythem bezeichnete Krankheit zeigt ein wohl definiertes nosologisches Bild und dürfte zwischen die eruptiven fieberhaften Krankheiten und die primitiven infektiösen Erytheme zu setzen sein.

E. Toff (Braila).

J. Fleischer, Zur Kenntnis des Erythema infectiosum. (Wiener med. Wochenschrift. 1905. Nr. 42.) F. hatte in einer Familie mit 9 Kindern eine Endemie von Erythema infectiosum zu beobachten Gelegenheit. Alle Kinder erkrankten und boten ziemlich das gleiche Krankheitsbild: Gutes Allgemeinbefinden, mäßiges Fieber, keine Injektion der Bindehäute, keine Rachenaffektion, auf der Haut das von Escherich geschilderte Bild: Wangen rot und geschwollen, auf der Haut der oberen und unteren Extremitäten zahlreiche rötliche (bald heller, bald dunkler), bis bläulich-rötliche, stellenweise konfluierende Flecke, Haut des Stammes fast ganz frei von solchen; innere Organe normal. Das Fieber verschwand nach 1—2 Tagen, der Ausschlag hielt noch einige Tage an.

Die 9 Kinder, die im Zeitraume von 6 Wochen sämtlich erkrankten, hatten früher alle Masern und Röteln durchgemacht. Diese Affektionen waren auch sonst jetzt leicht auszuschließen, ebenso Scharlach, gegen den schon das Fehlen jeder Rachenerkrankung, jeder Abschuppung usw. sprach.

Die kleine Endemie schien autochton zu sein, da das zuerst erkrankte Kind die Schule nicht besuchte und das einzige die Schule besuchende Kind zuletzt erkrankte. Weder vorher noch gleichzeitig kam in der Gegend ein Fall von Erythema infectiosum vor.

Grätzer.

Hildebrandt u. **Thomas,** Das Verhalten der Leukozyten bei Röteln. (Zeitschrift f. klin. Med. Bd. 59. Heft 2—4.) Die Gesamtmenge der Leukozyten zeigt bei Röteln verminderte oder niedrignormale Werte, dagegen finden sich nach Ablauf der Krankheit hochnormale oder vermehrte Werte. Das Minimum der Gesamtzahl fällt durchschnittlich auf den dritten Tag nach Ausbruch des Exanthems. Die Zahl der Neutrophilen sinkt bis etwa auf die Hälfte ab; korrespondierend damit findet eine Vermehrung der Lymphozyten bis auf das Doppelte statt. Die Zahl der eosinophilen und basophilen Zellen zeigt keine Abweichung von der Norm. An den roten Blutkörperchen fanden die Verff. keine wesentlichen morphologischen Veränderungen, ebensowenig an den Blutplättchen.

Freyhan (Berlin).

Eug. Revilliod et **Ed. Long** (Genève), Polynévrite suite de rubéole. (Archives de méd. des enf. 1906. Nr. 3.) Es handelte sich um einen 8 jährigen Knaben, der an einer masernähnlichen Rubeola erkrankt war, nachdem auch ein Bruder und eine Schwester desselben eine ähnliche Eruption dargeboten hatten. Außer dem Exanthem war kaum irgend ein krankhaftes Symptom bemerkbar: es bestand kein Fieber, keine Konjunktivitis, keine Entzündung der Mund- oder Rachenschleimhaut. Wenige Tage später traten Kopfschmerzen, dann allgemeine Mattigkeit auf, der Gang wurde unsicher, die Lähmungserscheinungen breiteten sich dann auf den Stamm und die oberen Extremitäten aus und nahmen im Laufe von 3 Wochen immer mehr zu. Die neuritischen Schmerzen, welche anfangs unbestimmt auftraten, wurden in der zweiten und namentlich in der dritten Woche besonders empfindlich und verschwanden vor dem Zurückkehren der Motilität. Letztere begann sich erst am Ende der dritten Woche zu bessern und wurde nicht vor 2 Monaten normal. Während dem ganzen Verlaufe der Krankheit waren die Sehnenreflexe verschwunden und blieben es noch lange Zeit nach der scheinbaren Heilung derselben. Die elektrische Reaktion der Muskeln war geschwächt, doch bestand keine Entartungsreaktion und keine Muskelatrophie. Die kutane Empfindlichkeit war, soweit man dies bei dem kleinen Patienten feststellen konnte, nicht gestört. Es bestand während weniger Tage Diplopie, was eine seltene Lokalisation der Polyneuritis darstellt.
E. Toff (Braila).

Allaria, Ein Fall von peripherer Lähmung des Nervus peroneus nach Masern. (Gazzetta degli ospedali. 1905. Nr. 16.) Es handelte sich um ein 9 jähriges Kind, in dessen Antezedenz schwere Nervenkrankheiten vorhanden waren und bei dem während des Eruptionsstadiums der Masern eine zirkumskripte Lähmung des linken N. peroneus aufgetreten war. Die ersten Symptome waren Schmerzen bei der Berührung und schmerzhafte Parästhesien in der linken Wadengegend gewesen. Nach der Rekonvaleszenz konnte konstatiert werden, daß der linke Fuß beim Gehen nachgezogen wurde. In der Folge nahm der Fuß eine Equino-varus-Stellung an, die Wadenmuskeln wurden schlaff und dünn, Abduktion und Adduktion vermindert, Gefühl für Wärme und Schmerz erloschen, der Plantarreflex verschwunden. Verf. glaubt, daß es sich um einen peripheren, auf den linken N. peroneus beschränkten Prozeß handelte.
F.

J. Comby (Paris), Trois nouveaux cas de paralysie diphthérique guéris par le sérum de Roux. (Archives de méd. des enf. Août 1906. S. 479). C. hat bereits mehrere Fälle veröffentlicht, in welchen er mit antidiphtherischem Serum gute Erfolge bei nach Diphtherie auftretenden Lähmungen erzielen konnte, und fügt denselben weitere drei eigener Beobachtung hinzu.

1. 50 jähriger Mann, alter Syphilitiker mit Aortitis und Arteriosklerose. Hat 2 Wochen früher eine ohne Serum behandelte Diphtherie durchgemacht. Beginn der jetzigen Erkrankung mit Lähmung des Gaumensegels, Schwäche in den Beinen, dann ataktischer Gang. Es wurden während 3 Tagen je 20 ccm Serum Roux eingespritzt

und während 2 Tagen je 10 ccm und die Heilung 8 Tage später erzielt. Bemerkt wird, daß trotzdem Patient Arteriosklerotiker war, doch die Einspritzungen keinerlei nachteiligen Einfluß auf denselben ausübten, keine Albuminurie und auch keine Hauteruption auftrat.

2. 14jähriges Mädchen, hat eine schwere Angina diphtherica durchgemacht, es wurde ihr aber kein Serum eingespritzt. 2 Monate später trat allgemeine Schwäche auf und es entwickelte sich eine vollständige Paraplegie. Auch die Nacken- und Stammmuskeln waren gelähmt, während diejenigen der oberen Extremitäten bedeutende Schwäche zeigten. Es wurden innerhalb 5 Tagen 70 ccm Rouxsches Serum injiziert und schon nach der zweiten Einspritzung eine bedeutende Besserung konstatiert; 2 Wochen später konnte das Kind bereits ohne Hilfe gehen, das Bett verlassen usw.

3. 4jähriges Mädchen, hat vor etwa einem Monat eine Diphtherie durchgemacht, welche ebenfalls nicht mit dem spezifischen Serum behandelt worden war. Es entwickelte sich allgemeine Paralyse; Schluckbeschwerden und näselnde Stimme ließen über die Natur der Krankheit keinen Zweifel. Es wurden im Laufe von 7 Tagen 70 ccm Serum Roux eingespritzt und schon nach der zweiten Injektion eine deutliche Besserung des Allgemeinbefindens und der Lähmungen konstatiert. Nach 8 Tagen konnte das Kind als geheilt betrachtet werden.

E. Toff (Braila).

A. Stärcke, Zur Poliomyelitis. (Bydrage tot de Poliomyelitis.) (Ned. Tydschr. v. Geneesk. 1906. Bd. 1. S. 121.) S. beschreibt zwei Fälle von Poliomyelitis bei Kindern mit Lähmung eines Teiles bzw. der gesamten Muskeln des Bauches.

Der erste Fall betrifft ein Mädchen von $2^1/_2$ Jahren, stammend aus einer Familie, wo viel Tuberkulose vorkam. Nachdem sich während einigen Monaten leichte Lungenerscheinungen gezeigt hatten, trat heftiges Fieber ein, und eine Woche nach Beendigung des Fiebers zeigte sich plötzlich Lähmung beider Beine und der gesamten Bauchpreßmuskeln, Incontinentia urinae et alvi und meningitische Erscheinungen (Rückenstarre, Kernigs Symptom, unregelmäßiger Puls, Hyperalgesie und Störung des Bewußtseins). 4 Wochen später fand sich Lymphozytose der Spinalflüssigkeit. Allmählich verschwindet ein Teil dieser Symptome und es bleiben noch übrig Lähmung mit Entartungsreaktion der linken Bauchmuskeln, des linken M. quadriceps und der linken Wade, Mm. tibialis antic., Peronei und des rechten M. tibialis antic.; Zurückbleiben des Wachstums beider Beine, aber hauptsächlich des rechten.

Von diesem Typ der Poliomyelitis, wo also sämtliche Muskeln der Bauchpresse gelähmt waren, sind in der Literatur sieben Fälle erwähnt.

Der zweite Fall betraf einen Knaben, der im Alter von 5 Monaten an Poliomyelitis mit ausgebreiteter Lähmung erkrankte, von welcher nach 3 Jahren noch eine partielle Lähmung der Bauchpreßmuskeln übrig war. Die Mm. recti abdominis und die unteren Segmente der Bauchmuskeln waren ganz hergestellt.

Von diesem letzten Typ, wo also die Mm. recti abdominis an

der Lähmung nicht beteiligt waren, sind in der Literatur 11 Fälle bekannt. Überhaupt ist die Lähmung der Bauchmuskeln eine bei der Poliomyelitis sehr seltene Lokalisation. Von 865 Fällen von Poliomyelitis sind nur 29 beschrieben, wo die Bauchmuskeln an der Lähmung teilnahmen. Es waren stets ungewöhnliche Fälle mit sehr ausgebreiteten Lähmungen. Graanboom (Amsterdam).

H. G. Dethloff (Norweger), Über den Poliomyelitismikrob. (Norsk Magazin for Lägevidenskaben. 1906. Nr. 3.) Der Verf. und Carl Looft fanden 1901 in zwei Fällen von Poliomyelitis ant. acuta einen Mikrokokkus, den Geirsvold später in einer ganzen Reihe von Fällen gefunden hat. Nach der Ansicht des Verf.s steht er dem Gaffky-Cederkreutzschen Tetrakokkus nahe.

Adolph H. Meyer (Kopenhagen).

T. A. Hoch, Acute Anterior Poliomyelitis in a Youth. (Journ. of. Nerv. & Ment. Dis. September 1905.) Der 16jährige Junge erlag dieser Krankheit nach einem 13wöchigen Verlauf. Der Verf. teilt Genaueres über seine Erfahrungen mit Poliomyelitis mit und schließt mit folgenden Beobachtungen: 1. Poliomyelitis anterior ist das Resultat eines primären Entzündungsprozesses im Blute und in den Blutgefäßen des Rückenmarkes, von thrombotischer oder embolischer Natur. 2. Die Zerstörung der Ganglienzellen ist sekundär und hängt teils von dem ungenügenden Blutzufluß in den erkrankten Herd ab, teils vom Druck und von den Toxinen. 3. Die pathologischen Vorgänge sind scheinbar gleich bei Poliomyelitis der Kinder und Erwachsenen, und hängen auch von ähnlichen Ursachen ab. 4. Genügende Gründe sind vorhanden, um diese Krankheit als infektiös zu betrachten, es ist jedoch nicht festgestellt, ob es Bakterien oder andere Toxine sind, die dieselbe verursachen. 5. Die Entzündungsprozesse finden sich sowohl in den peripheren Gefäßen als auch in Ästen der Arteriae spinales ant., obgleich diese Vorgänge selten sichtbar sind, bis die Gefäße in die graue Substanz eintreten. 6. Die kollaterale Zirkulation innerhalb der Vorderhörner begünstigt die träge Zirkulation und Neigung zu Embolie. H. B. Sheffield.

Amberger, Halbseitenläsion des oberen Halsmarks durch Stich. Beginnende Meningitis. Heilung durch Operation. (Beiträge zur klin. Chir. Bd. 48. Heft 1.) Der Fall betrifft einen 12jährigen Jungen, der durch die Scherenbranche, die zwischen Atlas und Occiput eindrang, verletzt wurde. Es trat sofort das reine Bild der Brown-Séquardschen Lähmung auf: motorische Paralyse, Vasomotorenparalyse, Hyperästhesie und Hyperalgesie, Lähmung der oculopupillären Sympathicusfasern auf der Seite der Verletzung, Anästhesie für Schmerzempfindung auf der gekreuzten Seite. Da Zeichen von Hirndruck auftraten, so wurde die Stichwunde erweitert und durch Drainage für Abfluß des Blutes und des Liquor gesorgt. Nach 14 Tagen begannen die Lähmungen zurückzugehen. Bei einer Nachuntersuchung nach $3^1/_2$ Jahren ist der Befund völlig normal. A. fordert schleunige chirurgische Behandlung bei jeder nach Trauma eintretenden eitrigen Meningitis. Vulpius-Ewald (Heidelberg).

Imberger, Zwei bemerkenswerte Fälle von Gehirnchirurgie. (Aus dem städtischen Krankenhause zu Frankfurt a. M.) (Deutsche med. Wochenschrift. 1906. Nr. 14.) Der eine Fall betraf ein Kind und zeigt, wie schwer es event. sein kann, einen Gehirnabszeß frühzeitig zu erkennen.

6jähriger Junge erlitt 8 Tage vor seiner Einlieferung durch Fall eine Verletzung der Stirn; auftretende Entzündung an der Wunde und Fieber veranlaßten die Überführung ins Krankenhaus. Auf der Mitte der Stirn 1 cm große Weichteilswunde; unterhalb derselben auf der Glabella ein kleiner Abszeß. Spaltung desselben, Tamponade usw. Normaler Verlauf.

3 Wochen nach der Aufnahme begann das Kind über Kopfschmerzen zu klagen, die Temperatur stieg auf 38,8°, mehrmaliges Erbrechen. Die Wunde sah gut aus, der Knochen erschien intakt, und da die Mutter des Kindes erklärte, letzteres habe stets einen schwachen Magen gehabt und habe jetzt viel Süßigkeiten genascht, wurde der Sache keine Bedeutung beigelegt. Am nächsten Morgen Temperatur wieder abgefallen, jedoch war seit dieser Zeit das Kind auffallend verändert, erbrach viel, klagte immer wieder über Kopfschmerzen. Da aber die Mutter wieder erklärte, der Junge habe auch früher solche Erscheinungen gehabt, und da sich für die Annahme eines Gehirnabszesses keinerlei Anhaltspunkte fanden, wurde Patient auf Wunsch nach Hause entlassen. 12 Tage später wurde er wieder gebracht, nachdem sich der Zustand immer mehr verschlechtert hatte. Patient hat alles ausgebrochen, ist zum Skelett abgemagert, leidet ständig unter heftigen Kopfschmerzen, schreit oft nachts schrill auf, und hatte einige Tage vorher einen heftigen, allgemeinen Krampfanfall, der an den rechten Extremitäten begonnen haben soll. Inzisionswunde verheilt.

Jetzt konnte man an dem Vorhandensein eines Gehirnabszesses nicht zweifeln, und zwar mußte dieser Abszeß im linken Stirnhirn liegen, entsprechend dem Beginn des Krampfanfalls rechts.

Operation. Das Stirnbein wird durch einen queren, die alte Narbe senkrecht durchkreuzenden Schnitt breit freigelegt und ein 1markstückgroßes Stück links von der Mittellinie entfernt; eine oberflächliche Arrosion des Knochens unter der geheilten Weichteilswunde diente als Wegweiser. Stirnbein im übrigen völlig intakt. Nachdem die Knochenwunde bis auf die erwähnte Größe gebracht war, ergoß sich plötzlich Eiter im Strahl aus einer etwa 5 cm tiefen und ebenso breiten Höhle. Im Eiter Streptokokken. Verlauf nach der Operation außerordentlich gut, Heilung.

Die Frühdiagnose wäre hier eine erheblich leichtere gewesen, wenn die Art der Wunde, eine Fissur oder Impression des Knochens, eine direkte Schädigung des Gehirns wahrscheinlich gemacht hätte. Aber auch bei der Operation zeigte sich, abgesehen von der oberflächlichen Arrosion, die gleichwohl die Infektion vermittelt hat, das Stirnbein intakt. Zwischen der Verletzung und Operation lagen 7 Wochen, so lange hat der Abszeß gebraucht, um zu einer Größe anzuwachsen, die direkt durch ihren Druck die alarmierenden Symptome auslöste, welche die Diagnose sicherstellen ließen. 7 Wochen schwebte Patient in Lebensgefahr, da der Abszeß jeden Augenblick zur allgemeinen Meningitis führen oder in die Ventrikel durchbrechen konnte. Man hätte schon 3 Wochen früher operieren können, auch wenn da die Diagnose noch nicht so klar war; gefunden hätte man den Abszeß schon damals und operieren können, allerdings nicht so leicht wie später. Denn man muß nach Lage des Falles annehmen, daß die Infektion auf dem Blutwege durch Thrombose zustande gekommen ist. In diesem Falle ist es wahrscheinlich, daß die erste Anlage des Abszesses erheblich weiter von der Peripherie in der Tiefe der Rinde oder sogar im Marke zustande kam, und daß der Abszeß erst bei allmählichem Wachstum sich der Peripherie näherte.

Im übrigen bestätigt der Verlauf der Erkrankung die alte Erfahrung, daß man aus dem Verhalten der Temperatur bzw. aus dem Fehlen von Fieber keine großen Schlüsse gegen die Bildung eines Gehirnabszesses ziehen darf; es war hier nur 2mal ganz vorübergehend Temperatursteigerung zu konstatieren gewesen. Grätzer.

Harvey Gushing, Surgical Intervention for Intra-Cranial Hemorrhages of the New-Born. (Amer. Your. of the Med. Sciences. Oct. 1905.) H. empfiehlt chirurgisches Eingreifen in intrakranialen Blutungen bei Neugeborenen und berichtet vier Fälle, die er erfolgreich operierte. In einem Falle deuteten die Symptome auf eine Fraktur des Occiput und Riß im Sinus cavernosus. Das Gehirn wurde entblößt, die erreichbaren Blutgerinnsel entfernt und der Schädel durch Beinnähte, ohne Drainage, wieder geschlossen. Alle Symptome verschwanden und das Kind schien völlig zu genesen. Bei solchen Operationen muß „Shock“ so viel als möglich vermieden werden. H. B. Sheffield.

Ernő Deutsch, Intrauterine Schädelverletzung traumatischen Ursprungs. (Orvosi hetilap. 1905.) Die Mutter des vorgestellten Säuglings fiel im fünften Monate ihrer Schwangerschaft auf einen Felsblock. Nach dem Sturze zeigte sich eine kindskopfgroße Geschwulst auf der Bauchdecke und intensiver Blutverlust aus den Genitalien; die Beschwerden ließen in einigen Tagen nach. Die Entbindung verlief in 5 Stunden überaus leicht ohne künstlichen Eingriff. Dies war ihre fünfte normale Geburt, die vorhergehenden hatten als Neugeborene größere Köpfe als das vorgestellte Kind. Das Becken der Frau ist ganz normal. Am rechten Os parietale des Kindes ist eine 5 cm lange und 3 cm breite **V** förmige Vertiefung, deren Rand gerade und verdickt ist, das Maximum der Depression ist 0,75 cm. Das Nervensystem zeigt nichts Abnormes. Im Alter von einem Monat starb der Säugling an Bronchopneumonie. Verf. stellt 13 ähnliche Fälle aus der Literatur zusammen. Autoreferat (Budapest).

S. Saltykow, Eine besonders ausgedehnte Höhlenbildung im Gehirn. (Verh. d. deutsch. path. Ges. in Meran 1905.) S. beschreibt einen Fall, der durch die besondere Größe der postmortal entstandenen Höhlen erwähnenswert ist. Als Ursache für die Höhlenbildung wird ein allerdings nicht bakteriologisch nachgewiesener Bazillus angesehen, der seinem morphologischen Verhalten nach als Gasbazillus identifiziert wurde. Das Gewebe in der Umgebung der Höhlen, welches wie die Gefäße dicht von den Bazillen durchsetzt war, ließ keinerlei entzündliche Veränderungen erkennen. Dies, sowie der Umstand, daß klinisch keinerlei Symptome vorhanden waren, die auf die Höhenbildung hätten bezogen werden können, berechtigen zu der Annahme einer postmortalen Entstehung der Höhlen, die durch Konfluenz zahlreicher kleiner entstanden sind. Eine Eintrittspforte für die wahrscheinlich noch intra vitam eingedrungenen Bakterien konnte nicht gefunden werden. Außerdem fand sich ein von kleinen Höhlen durchsetztes Gliom. Bennecke (Jena).

M. Lewandowsky, Über die Bewegungsstörungen der infantilen zerebralen Hemiplegie und über die Athétose

double. (Deutsche Zeitschr. f. Nervenh. Bd. 29. Heft 5 u. 6.) Im Gegensatz zur gewöhnlichen Hemiplegie der Erwachsenen hinterläßt die infantile zerebrale Hemiplegie kaum jemals eine echte Kontraktur. Unter „echter Kontraktur" wird hierbei jene dissoziierte dauernde Muskelkontraktion bezeichnet, welche sich passiv vollständig überwinden läßt und welche auf vom Zentralorgan oder von der Peripherie durch das Zentralorgan zugeleitete Erregungen in mannigfacher Weise reagiert; diese Kontraktur der Hemiplegie der Erwachsenen verbindet sich sehr häufig mit einer organischen Verkürzung des Muskels. Eine weitere Eigentümlichkeit der infantilen Hemiplegie ist das Fehlen der Wernicke-Mannschen Dissoziation der Hemiplegie. Vielmehr ist der Typus der Lähmung so, daß einzelne Agonisten und Antagonisten paarweise funktionstüchtig, wie z. B. die Flexoren und Extensoren, andere paarweise gelähmt sind (z. B. Rotatoren, Pro- und Supinatoren). Es kommt dies daher, daß eine Zusammenfassung der Muskeln zu bestimmten Bewegungen im kindlichen Gehirn noch nicht stattgefunden hat.

Für die Athetose charakteristisch ist der rhythmische Charakter der Bewegung, die Langsamkeit der letzteren (zum Unterschied von der Chorea), die Neigung in einen intermittierenden Spasmus überzugehen. Die Athetose stellt ein fast spezifisches Symptom der im kindlichen Alter erlittenen Hemiplegie dar, während sie beim Erwachsenen außerordentlich selten ist. Wahrscheinlich gibt es nicht eine besondere Lokalisation der Athetose, sondern es sind besondere physiologische Eigenschaften des kindlichen Gehirns, welche bei Herden der inneren Kapsel oder der motorischen Rinde selbst die Entstehung der hemiplegischen Athetose bedingen oder begünstigen. Die Athetose ist diagnostisch von der Chorea scharf zu trennen.

Häufig findet man bei der infantilen Hemiplegie neben der Athetose auch Mitbewegungen, deren Entstehungsort wahrscheinlich in das Großhirn zu verlegen ist.

Verf. bringt alsdann vier Beobachtungen von „Athétose double". Sie ist nicht einfach eine Athetose, welche beide Körperseiten ergriffen hat. Es gehört dazu eine gewisse eigentümliche Beziehung zwischen den Bewegungen der einzelnen Körperteile und Glieder untereinander. Psychische Erregung, auch ganz leichter Art, hat deutlichen Einfluß auf die Bewegungen. Das Gesicht ist in allen ausgebildeten Fällen mit betroffen. Es besteht ein wildes Grimassieren. Es ist unmöglich, den Augen- oder Mundfacialis einer Seite isoliert zu innervieren, während die gleichseitige Innervation gut ist. Obere und untere Extremitäten bieten fixe Kontrakturen, die unteren können alle Formen der spastischen infantilen Diplegie zeigen. Es handelt sich bei der Athétose double zweifellos um eine doppelseitige zerebrale Erkrankung. Differentialdiagnostisch kommt die Chorea chronica in Betracht, und zwar weniger die Huntingtonsche Chorea als eine Form doppelseitiger infantiler Chorea, ferner gewisse Fälle von Friedreichscher Krankheit. Kurt Mendel (Berlin).

H. Wichern, Über zwei Fälle von zerebraler Hemiplegie im Kindesalter. (Aus der med. Klinik zu Leipzig.) (Münch. med.

Wochenschrift. 1906. Nr. 31.) Die Fälle betreffen einen $2^1/_2$ jährigen Knaben und ein 5 jähriges Mädchen. Sie weichen von dem allgemeinen Krankheitsbild der halbseitigen zerebralen Kinderlähmung wenig ab, boten aber manche interessanten Momente.

In dem zweiten Falle trat bald nach dem Aufhören der Zuckungen die halbseitige Lähmung hervor. In beiden war die rechte Körperhälfte befallen. Das ist die Regel. Ebenso entsprach es in beiden Fällen der Regel, daß eine deutliche Mitbeteiligung der zwei unteren Fazialisäste festzustellen war. Von den Extremitäten pflegt, wie hier beim zweiten Falle, der Arm schwerer und dauernder geschädigt zu sein, als das Bein. Bei demselben Kinde bildete sich die charakteristische Kontrakturstellung der Extremitäten aus, und es fand sich auf der nicht gelähmten Seite eine Steigerung des Patellarreflexes. Außerdem hatte das Mädchen eine motorische Aphasie, die etwa 4 Wochen unverändert bestehen blieb und dann in wenigen Tagen zurückging. Endlich lag hier wohl auch eine Herabsetzung des Schmerzgefühls vor. Das Kind überstand den recht bedrohlich einsetzenden Insult trotz bestehenden Keuchhustens gut und darf beinahe als geheilt angesehen werden, während im ersten Falle, wo das Insult nicht so bedrohlich erschien, aber kurz nach überstandener Diphtherie und schwerer Nephritis die Gehirnläsion einsetzte, diese letal endete.

Die sichere Diagnose der Initialläsion gelingt im allgemeinen nur, wenn die anatomische Untersuchung bald nach Eintritt der Lähmung vorgenommen werden kann. Die Gelegenheit dazu ist recht selten, und ist schon deshalb der erste Fall interessant. Es konnte hier eine Embolie der Arter. cerebri media festgestellt werden. Diese Ursache scheint bei den zerebralen Hemiplegien der Kinder die erste Stelle einzunehmen, und die zu ihrer Entstehung führenden Thromben stammen fast immer aus dem linken Herzen. Meist gibt eine frische oder ältere Endokarditis der Mitralklappen zu ihrer Bildung Veranlassung; in anderen Fällen, wie auch in obigem, führt die durch eine schwere Infektionskrankheit bedingte Herzschwäche zur Entwicklung marantischer Thromben im linken Ventrikel oder Herzohr. Recht häufig sind Blutungen in die Gehirnsubstanz als Initialläsion nachgewiesen worden. Für die Ruptur des Gefäßes nehmen viele eine Gelegenheitsursache an. Bei gleichzeitig vorhandener Nephritis macht die Drucksteigerung, bei Keuchhusten die in den Anfällen auftretende Stauung im Kreislauf das Zerreißen eines Gefäßes leichter erklärlich. Zuweilen wird allerdings besonders betont, daß die Hustenparoxysmen nur sehr schwach ausgebildet waren, und auch W. sah bei dem Mädchen erst nach Eintritt der Lähmung eigentliche Keuchhustenanfälle auftreten. Es wird daher im allgemeinen doch wohl noch irgend eine Schädigung der Gefäßwand selbst für die Entstehung der Blutung vorauszusetzen sein. Daß die Infektionskrankheiten in irgend einer Beziehung zu den zerebralen Hemiplegien der Kinder stehen müssen, ist kaum zu bezweifeln; denn in mindestens $^1/_3$ der Fälle tritt die Lähmung während oder kurz nach einer solchen Erkrankung auf. So lag ja auch hier im ersten Falle Diphtherie, im zweiten Keuchhusten vor.

Grätzer.

A. Hoffa, Die spastischen Lähmungen der Kinder und ihre Behandlung. (Deutsche med. Wochenschrift. 1906. Nr. 18—20.) Aus der sehr eingehenden, lehrreichen Arbeit seien die Schlußfolgerungen, die H. zieht, wiedergegeben. Dieselben lauten über die zerebralen Diplegien:

1. Die zerebralen Diplegien sind keine seltenen Erkrankungen. Sie kommen ungefähr gleich oft bei Knaben wie bei Mädchen vor.

2. Bezüglich der Ätiologie der Littleschen Krankheit ergibt sich folgendes: Die Littlesche Krankheit kann durch die verschiedenartigsten Momente, welche Mutter und Kind oder beide betreffen, veranlaßt sein. Von diesen Momenten bezeichnet man die Frühgeburt, die schwere Geburt und die asphyktische Geburt als „Littlesche Momente“, weil sie die Hauptrolle bei der Entstehung der Krankheit spielen. Von den übrigen Gelegenheitsursachen haben Allgemeinerkrankungen und Traumen während der Gravidität, Entwicklungsanomalien und Hemmungsbildungen des Kindes sowie Infektionskrankheiten eine gewisse, wenn auch untergeordnete Bedeutung. Eine einheitliche Ursache läßt sich nicht feststellen. Wahrscheinlich liegt dem Symptomenkomplex eine bestimmte Disposition (vielleicht vaskuläre Momente wie bei der zerebralen Hemiplegie) zugrunde, welche den veranlassenden Momenten den Boden schafft, auf dem sie ihren Einfluß geltend machen können.

3. Die Erscheinungsformen der Littleschen Krankheit lassen sich in drei Gruppen scheiden: a) die Littlesche Krankheit im engeren Sinne (angeborene spastische Gliederstarre Rupprechts); b) die allgemeine Starre; c) die allgemeine Athetose.

4. Pathologisch-anatomisch weisen die zerebralen Diplegien die verschiedenartigsten Veränderungen im Zentralnervensystem auf, stets sind jedoch die Pyramidenbahnen an einer Stelle ihres Verlaufs im Gehirn oder Rückenmark geschädigt.

5. Der Verlauf der Erkrankungen ist entweder stationär oder regressiv. Die Prognose ist bei der ersten und dritten Gruppe bei entsprechender Behandlung eine recht gute, die der zweiten Gruppe verheißt keine wesentlichen Erfolge.

6. Die Diagnose ist bei Berücksichtigung der Symptome leicht zu stellen und bietet kaum je Schwierigkeiten.

7. Die Therapie muß sich bemühen, vor allem die Hemmungsbahnen zu kräftigen. Es ist dazu meist notwendig, die Spasmen durch Muskeldurchschneidungen und Tenotomien bzw. Tendektomien zu lösen. Als Nachbehandlung ist dann eine sehr sorgfältige Massage- und Übungstherapie unbedingt nötig.

8. Die Erfolge sind bei zweckmäßiger Therapie sehr befriedigend. Etwa 45 % der Patienten bekommen eine gute Gehfähigkeit.

9. Selbst schwere Athetosen können durch Fixation des Kopfes, Rumpfes und der Extremitäten in entsprechenden Stützapparaten wesentlich gebessert werden.

10. Bei allgemeiner Gliederstarre, speziell bei mit Krämpfen einhergehenden Fällen, dürfen chirurgische Maßnahmen nur sehr vorsichtig vorgenommen werden.

Betreffs der zerebralen Hemiplegie stellt H. folgende Thesen auf:

1. Für die Ätiologie der zerebralen Hemiplegie haben alle vaskulären Schädigungen Bedeutung, die während der Fötalperiode, während des Geburtsaktes und während des Extrauterinlebens zur Geltung kommen. Als solche sind zu nennen: a) hereditäre Lues; b) Zirkulationsstörungen im Fötus (auf hereditäre, mütterliche und insbesondere intraabdominelle Einflüsse zurückzuführen); c) akutentzündliche Gefäßerkrankung (Encephalitis, Meningitis); d) Hämorrhagie: e) Embolie; f) Thrombose.

2. Pränatale Schädigungen äußern ihre Wirkung oft erst nach der Geburt, bzw. nach dem Hinzutreten von Geburtsstörungen und extrauterinen Schädlichkeiten.

3. Die „Littleschen Momente" sind auch für die zerebrale Hemiplegie von größerer Bedeutung, als man bisher glaubte, und zwar ist die schwere Geburt, insbesondere die Zangengeburt (ungeschickte Zangenanlegung), als direkte Ursache der Hemiplegie anzusehen, während die Frühgeburt und ein Teil der schweren Geburten als Folgen pränataler Momente gedeutet werden müssen. Den letzteren ist dann auch die größere ätiologische Bedeutung beizumessen.

4. Die akuten Infektionskrankheiten spielen oft nur insofern bei der Veranlassung der zerebralen Hemiplegie die auslösende Rolle, als die Toxinwirkung ein schon vorher geschädigtes Gehirn in der am meisten betroffenen Gegend (Prädilektionsstelle: Verbreitungsbezirk der Art. cerebri media) am intensivsten trifft.

5. Aus ätiologisch-klinischen Rücksichten sehen wir die zerebrale Hemiplegie als einen Symptomenkomplex an, dem eine stets vaskuläre Entstehung zugrunde liegt.

6. Auch die Befunde der pathologischen Anatomie lassen sich trotz der Mannigfaltigkeit der pathologisch-anatomischen Endveränderungen mit unserer ätiologischen Betrachtungsweise in Einklang bringen.

7. Die zerebralen Hemiplegien stehen den Diplegien (Littlesche Krankheit) am nächsten.

8. Die schweren Deformitäten der Hand nach zerebralen Hemiplegien sind heutzutage einer erfolgreichen chirurgisch-orthopädischen Behandlung zugänglich, mittels deren ein gutes kosmetisches und funktionelles Resultat erreicht werden kann.

9. Die Sehnenplastiken bei der zerebralen Hemiplegie haben gleichzeitig krampflösende Eigenschaften. Sie beseitigen ferner nicht nur schon vorher bestehende choreatische Unruhe, sondern hemmen auch nach unseren Erfahrungen das Auftreten der posthemiplegischen Chorea.

Grätzer.

G. Canby Robinson, Bacteriological Findings in Fifteen Cases of Epidemic Cerebrospinal Meningitis. (Am. Journ. of the Med. Sciences. Vol. 131. Nr. 4.) Verf. untersuchte die Zerebrospinalflüssigkeit, das Blut und den Eiter von der Conjunctiva und isolierte einen Organismus, der dem Diplococcus intracellularis menin-

gitidis Weichselbaum in jeder Beziehung ähnlich ist. Derselbe wurde in reiner Kultur in der Spinalflüssigkeit von 14 Patienten vorgefunden und mußte daher als Urheber der Krankheit angesehen werden. Im zirkulierenden Blut und in dem Augensekret fand R. den Diplococcus je 2mal, er glaubt jedoch, daß derselbe dort nur gelegentlich hineindringt.
H. B. Sheffield.

R. Peters, Über die Entzündung des extraduralen Gewebes des Rückenmarks bei der Genickstarre. (Aus dem Kinderspital des Prinzen v. Oldenburg i. St. Petersburg.) (Deutsche med. Wochenschrift. 1906. Nr. 29.) P. fand, daß sich bei jeder Genickstarre neben einer Leptomeningitis noch eine Pachymeningitis externa findet. Das gibt den Schlüssel zur Erklärung einigen befremdlichen Erscheinungen, wie sie von manchen bei Genickstarrefällen beobachtet worden sind: der prononzierten Nacken-, Rücken- und Gliederstarre usw.; nach P.s Ansicht lag jedenfalls auch hier eine Pachymeningitis spinalis externa vor, die den betreffenden Symptomenkomplex auslöste.

Die unkomplizierte Form der Pachymeningitis ext. spinalis gibt ja einen Symptomenkomplex sui generis (der manches mit der Tetanie gemeinsam hat). In Fällen, wie sie P. beobachtete, wo die Affektion eben von anderen Affektionen begleitet war, wurden die Erscheinungen von den Symptomen der letzteren gedeckt. Dennoch gelingt es bisweilen schon zu Lebzeiten, sich eine Vorstellung davon zu machen, wo der Hauptsitz der Erkrankung zu suchen ist. Als Richtschnur dient dabei die Beobachtung, daß die reine Pachymeningitis ext. unter anderen eher isolierte Kontrakturen gibt, die reine Leptomeningitis dagegen eher allgemeine Kontrakturen, d. h. Kontrakturen der meisten Muskelgruppen auf einmal, weil sie sich leichter auf viele intradural gelegene Wurzelabschnitte ausbreiten kann, die näher aneinander liegen, als die extraduralen.

Über das Verhältnis der einzelnen in Betracht kommenden Affektionen zueinander urteilt P. wie folgt: Die Meningitis spinalis etabliert sich unabhängig von der Meningitis cerebralis und ist nichts weiter als ein Ausdruck der bakteriellen Infektion, ebenso wie die zerebrale. Sie kann bisweilen ganz fehlen, trotz hochgradiger Eiterbildung in der Pia der Hemisphären, des Pons und der Medulla und umgekehrt: das Gehirn kann so gut wie frei bleiben bei hochgradiger spinaler Affektion. Was nun weiter das Verhältnis zwischen Leptomeningitis spinalis und Pachymeningitis spinalis anbelangt, so meint P.: „Die Pachymeningitis externa ist nicht auf dem Wege der direkten Infektion von den weichen Rückenmarkshäuten aus zustande gekommen, etwa durch Herauskriechen der Entzündung aus dem Innern des Rückenmarkssackes längs den Nervenwurzeln ins extradurale Gewebe, sondern sie beruht auf einem hämatogenen Vorgange: die im Blut zirkulierenden Toxine eventuell Mikroben haben gleichzeitig, sowohl im intraduralen, wie im perispinalen Gewebe, Eiterbildung angeregt, ebenso wie sie sie in einem andern Falle in der Lunge, in den Muskeln usw. anregen können. Daß sie das gerade in diesen Gewebsabschnitten getan, ist auf individuelle Anlage zurückzuführen.

Daß zwischen diesen beiden Entzündungen ebensowenig ein unmittelbarer Zusammenhang besteht, wie zwischen der oben erörterten, weichen Gehirnhautentzündung und der weichen Rückenmarkshautentzündung, lehren meine Autopsien, in denen ich Pachymeningitis ext. pur. stärksten Grades, z. B. um den Lendenteil des Rückenmarkssackes herum fand, während derselbe Lendenteil auf seiner, diesem Herde entsprechenden Innenfläche, also in dem entsprechenden Piaabschnitte frei von Eiter war.“ Grätzer.

A. Ostermann, Die Meningokokkenpharyngitis als Grundlage der epidemischen Genickstarre. (Aus dem Hygien. Institut der Universität Breslau.) (Deutsche med. Wochenschrift. 1906. Nr. 11.) Schon Flügge hat darauf aufmerksam gemacht, daß jedenfalls bei der Verbreitung der Genickstarre nicht so sehr die Genickstarrekranken selbst eine Rolle spielen, als vielmehr Kokkenträger, die nur mit einer spezifischen Pharyngitis behaftet sind. Diese macht oft sehr geringe, ja gar keine klinischen Erscheinungen, sie ist aber zur Zeit einer Epidemie bei einer sehr großen Anzahl von Menschen vorhanden, und zwar recht reichlich und recht lange Zeit. Von diesen Menschen erkranken nur einzelne, für Meningitis disponierte, selbst an Genickstarre, aber sie sind alle Verbreiter der Infektion.

Um diese Vermutungen nun zu begründen, mußten systematische Untersuchungen bei einer Anzahl von Familienmitgliedern und Hausgenossen der an Genickstarre Erkrankten angestellt werden. O. hat sich dieser Aufgabe unterzogen und bisher in sechs Familien, wo Kinder an Genickstarre erkrankt waren, solche Untersuchungen vorgenommen. Resultat: In jeder dieser Familien fanden sich Kokkenträger, und zwar konnten von 24 Familienmitgliedern bei 17 Meningokokken im Nasenrachenraum nachgewiesen werden, bei einigen fast in Reinkultur. Bei mehreren Kokkenträgern war klinisch ein deutlicher Katarrh des Nasenrachenraumes nachzuweisen, dem gewöhnlich ein sehr reichlicher Meningokokkenbefund entsprach. In anderen Fällen war trotz reichlichen Kokkenbefundes klinisch nichts nachweisbar. Jedenfalls waren in der Mehrzahl der Fälle die subjektiven Beschwerden recht gering. Und darin liegt die besondere Gefahr für die Weiterverbreitung. Etwas Schnupfen und vermehrtes Rachensekret kommt so häufig vor, daß dies einer Beachtung nicht gewürdigt wird, daß also die Kokkenträger sich im Verkehr mit anderen absolut keine Beschränkung auferlegen und von Vorsichtsmaßregeln keine Rede ist. So werden diese Kokkenträger zur Quelle der Ausbreitung der Genickstarre. Dabei gelangt die Meningokokkenpharyngitis ganzer Familien gar nicht zu unserer Kenntnis, nämlich überall da, wo nicht zufällig eines der ergriffenen Familienmitglieder infolge einer besonderen Disposition an ausgesprochenen Meningitiserscheinungen erkrankt. Solcher Familien gibt es aber zur Zeit einer Genickstarreepidemie sehr viele, und Untersuchungen an einer Schule, in einer Fabrik an Orten, wo Genickstarre vorhanden war, ergaben auch da das Vorhandensein von Kokkenträgern.

Therapeutische Versuche zur Vertilgung der Meningokokken fielen leider negativ aus. Die Prophylaxe, abgesehen schon von der

großen Anzahl der Kokkenträger, ist dadurch erschwert, daß das Gesetz uns keine Handhabe gibt, diese unschädlich zu machen. Das einzige, was in dieser Richtung geschehen kann, ist das Zurückhalten der schulpflichtigen Kinder aus einem Genickstarrehause vom Schulbesuch sowie vom Spielen mit anderen Kindern, eventuell ein Schulschluß, allerdings ein zweischneidiges Schwert. Wir sind wesentlich angewiesen auf Belehrung der Bevölkerung, was durch kurze Merkblätter geschehen müßte. O. hat ein solches entworfen:

Warnung!

„Zur Zeit einer Genickstarreepidemie finden sich die Erreger der Genickstarre bei vielen Menschen auf der Schleimhaut der Rachenwand. Sie veranlassen dort manchmal verstärkte Schleimabsonderung, auch wohl Schnupfen; in anderen Fällen rufen sie keinerlei merkliche Beschwerden hervor. Die Erreger werden von einem Menschen auf den andern verbreitet: 1. durch die Finger, mit denen man Mund oder Nase berührt hat, durch Küsse, gemeinsames Eß- und Trinkgeschirr; 2. durch den Auswurf, der beim Husten und Räuspern aus dem Rachen entleert wird, und durch Nasenschleim; 3. durch beim Husten und lauten Sprechen verspritzte unsichtbare Tröpfchen, die von anderen Menschen eingeatmet werden können.

Die Verbreitung der Erreger muß durchaus verhütet werden, weil dieselben auch auf solche Menschen (namentlich Kinder) gelangen können, bei denen nicht nur leichte Rachenentzündung entsteht, sondern die infolge einer besonderen Empfänglichkeit durch dieselben Erreger an schwerer, oft tödlicher Genickstarre erkranken.

Daher beachte jeder, in dessen näherer Umgebung eine Erkrankung an Genickstarre vorgekommen ist oder der mit jemand aus der näheren Umgebung eines solchen Kranken in engem Verkehr gestanden hat, 3 Wochen lang folgende Vorsichtsmaßregeln:

1. Man meide jeden unnötigen Verkehr mit anderen Menschen, besuche namentlich keine Lokale und Versammlungen, wo zahlreiche Menschen zusammenkommen. Beim unvermeidlichen Verkehr halte man sich in tunlichster Entfernung von den anderen Menschen und vermeide Berührungen, Küsse und gemeinsames Eß- und Trinkgeschirr.

2. Auswurf und Nasenschleim nehme man in Leinen- oder Mullläppchen oder in Papiertaschentüchern auf, die sofort zu verbrennen sind. Benutzte Taschentücher müssen 10 Minuten in kochendem Wasser gehalten werden oder eine Stunde lang in Kresolwasser (aus Apotheken oder Drogenhandlungen zu beziehen) eingelegt werden. Mit Auswurf oder Schleim in Berührung gekommene Finger sind mit dieser Lösung zu waschen, derart beschmutzte Fußbodenstellen und Kleider reichlich damit zu befeuchten.

3. Während des Sprechens und Hustens halte man sich etwa auf Armlänge von anderen Menschen entfernt."

Möglichste Isolierung der an Genickstarre Erkrankten ist natürlich geboten. Nur ist es nicht angezeigt, die Isolierung mit Gewalt zu erzwingen. Der Nutzen für die Eindämmung der Seuche, der damit im Einzelfalle erreicht wird, kommt gar nicht in Betracht gegenüber der Gefahr, daß die Bevölkerung durch ein solches Ver-

fahren aufgereizt und veranlaßt wird, die Krankheit zu verbergen und die freiwilligen Vorsichtsmaßregeln zu unterlassen, auf die wir gerade hier in so hohem Maße angewiesen sind. Auch auf Desinfektion werden wir nicht verzichten; die außerordentliche Widerstandslosigkeit der Meningokokken, sobald sie den menschlichen Körper verlassen haben, läßt auch hier zu, daß wir uns in mäßigen Grenzen halten und nur das Notwendigste veranlassen. Grätzer.

Hagen (Torn), Lumbalpunktion bei epidemischer Genickstarre. (Russky Wracz. 1906. Nr. 16.) Die Lumbalpunktion wurde in zwei Fällen ausgeführt. In beiden Fällen kam eine leicht getrübte Flüssigkeit zum Vorschein, in welcher nach ein paar Stunden ein Sediment in Form weißer Membranen zu beobachten war. Verf. betrachtet diese Art von Flüssigkeit als charakteristisch für obenbezeichnete Krankheit, da bei keinem anderen Leiden ähnliches Serum zu konstatieren ist. Mikroskopisch waren vorwiegend polynukleare Leukozyten zu sehen.

Im ersten Fall sank die Temperatur bis 36,5° C., der Puls hat sich gebessert, bald trat aber Verschlimmerung ein, so daß die Punktion noch 2mal vorgenommen werden mußte. Nach dem letzten Eingriff besserte sich der Zustand auf 3 Tage.

Im zweiten Falle trat nach einmaliger Punktion evidente Besserung auf.

Verf. betrachtet den Eingriff als einen wertvollen differentialdiagnostischen und therapeutischen Behelf bei der epidemischen Genickstarre. Gabel (Lemberg).

G. Edlefsen, Das jodsaure Natrium und die Zerebrospinalmeningitis. (Berliner klin. Wochenschrift. 1906. Nr. 5.) Gleich Ruhemann empfiehlt E. warm das jodsaure Natrium für die Behandlung der Meningitis cerebrospinalis. E. hat früher Jodkalium und Jodnatrium angewandt und war auch hier schon mit den Erfolgen zufrieden. Noch mehr war dies der Fall, als er statt dessen sich des Natr. jodicum bediente; er erhielt den Eindruck, daß bei Anwendung dieses Mittels in den für Jodkalium üblichen Dosen in den überhaupt der Behandlung zugänglichen Fällen von Meningitis cerebrospinalis die günstige Einwirkung auf die gesamten Krankheitserscheinungen in der Regel rascher zur Geltung kam und noch unzweideutiger hervortrat, als früher bei der Behandlung mit Jodkalium oder Jodnatrium. Bei subkutaner Applikation des Mittels, wie sie Ruhemann empfahl, wären die Resultate sicherlich noch bessere gewesen. Diese Applikation wird jedenfalls stets indiziert sein, wenn die Darreichung per os wegen anhaltender Benommenheit oder Brechneigung auf Schwierigkeiten stößt oder gar sich als unmöglich erweist. Man beginne die Jodtherapie ferner so früh als möglich, sobald die Diagnose feststeht. Je früher man die bakterizide Kraft der Jodsäure zur Geltung zu bringen sucht, um so eher darf man erwarten, den ganzen Verlauf der Krankheit zu mildern und abzukürzen, um so mehr darf man hoffen, die bedenklichen Folgen der Meningitis, besonders bleibende Gehirn- und Gehörstörungen zu verhüten. Es dürfte doch kaum auf Zufall beruhen, daß E. unter

mindestens 23 unter Jodtherapie geheilten Fällen nur zwei gehabt hat, bei denen Störungen dieser Art zurückblieben. Natürlich kann man neben dem jodsauren Natrium auch noch andere therapeutische Maßnahmen heranziehen: Applikation der Eisblase auf den Kopf und gleichzeitig (sehr empfehlenswert!) unter dem Nacken, Lumbalpunktionen, Kollargolsalbe usw. Sehr häufig hat sich E. veranlaßt gesehen, neben Jod auch Bromkalium zu geben, das sehr geeignet ist, die bestehenden Kopfschmerzen und neuralgiformen Schmerzen zu lindern und vor allem die Brechneigung zu beseitigen. Dazu kommt, was namentlich bei Kindern ins Gewicht fällt, daß Bromkalium ein vortreffliches Mittel ist, die oft das ganze Krankheitsbild beherrschenden Konvulsionen zu bekämpfen, die Zahl der Krampfanfälle erheblich zu verringern und Schlaf herbeizuführen.

Außer bei Meningitis cerebrospinalis hat E. das Natr. jodicum auch bei anderen Affektionen mit Erfolg benutzt, wo möglichst energische Jodwirkung erwünscht war. Speziell bei chronischen Lymphdrüsenschwellungen hat es sich bestens bewährt. Grätzer.

A. E. Davis, Eye symptoms of Cerebrospinal Meningitis. (N. Y. Med. News. 1905. S. 644.) Verf. teilt die Augensymptome der Zerebrospinalmeningitis in motorische und Sehbeschwerden ein:

1. Motorische Symptome: Paralyse des Abducens und des Motor. oculi. Paralyse des Fazialnerven und manchmal Geschwür an der Hornhaut. Paralyse des ophthalmischen Astes des Trigeminus, mit Anästhesie der Hornhaut oder Hyperästhesie und Kopfschmerzen. Paralyse des Posticus ist selten. Zuweilen Ptose an der einen oder anderen Seite. Konjugierende Abweichungen pflegen sekundär zu sein. Bei Verletzungen des Bindegewebes stellt sich eine Abweichung des Auges auf der selben Seite ein, bei Verletzung der Gehirnbrücke Abweichung auf der entgegengesetzten Seite.

2. Sehbeschwerden: Opticusneuritis entsteht meistens spät, sie ist von diagnostischer Bedeutung wenn sie früh eintritt. Neuroretinitis und Perineuritis. Die Opticusscheibe ist rauchig oder getrübt, oft auch hyperämisch und zuweilen hämorrhagisch. Die Opticusatrophie mag primär oder sekundär sein; in manchen Fällen erholt sich die Sehkraft wieder. Zuweilen findet auch eine plastische und eitrige choroiditis statt, manchmal kompliziert durch Eitersammlung in der vorderen Augenkammer. Gewöhnlich tritt Blindheit ein. Panophthalmitis ist selten. Photophobie ist ein frühes Symptom. Konjunktivitis ist sehr oft vorhanden. Parenchymatöse Hornhautentzündung ist eine sehr ernsthafte Komplikation. H. B. Sheffield.

II. Therapeutische Notizen.

Somatose und Puro hat Dr. Al. Pollak (Prag-Weinberge) mit bestem Erfolge angewandt. Beides sind vorzügliche Nährmittel. Daß man mit Somatose einen erwachsenen Menschen eine Zeitlang zu ernähren imstande ist, zeigt P. an einem Beispiel. Er hat auch Somatose als recht wirksames Lactagogum schätzen gelernt; das Präparat ruft beträchtliche Vergrößerung der Milchmenge hervor, und mancher Mutter wird so die Möglichkeit zum Stillen gegeben. Welches von

beiden Präparaten man geben soll, das hängt oft bloß von dem Geschmack des Pat. ab; manche nehmen Somatose lieber, manche Puro (andere das auch vorzügliche Sanatogen, manche sogar Tropon). Aber es gibt auch bestimmte Indikationen. Puro enthält neben Eiweiß reichliche Mengen von Kohlehydraten und Salzen; es erscheint geeignet für Pat., welche weder Eiweiß noch Kohlehydrate oder Fett in genügender Menge zu sich nehmen, während die Somatose mehr für diejenigen Fälle zu empfehlen wäre, in denen es sich um ein Eiweißdefizit in der Nahrung handelt; der Salzgehalt des Puro ist ferner wichtig für akute schwere Schwächezustände. Sehr häufig gibt P. mit bestem Erfolge abwechselnd Somatose und Puro, besonders bei oder nach schweren Infektionskrankheiten; speziell hat sich dies beim Typhus vortrefflich bewährt.

(Therap. Monatshefte. Juli 1906.)

Klinische Erfahrungen über Lacto teilt A. Delavilla (k. k. Allgem. Krankenhaus in Wien) mit. Lacto ist ein teigartiges Produkt von hellbrauner Farbe, welches leicht nach geröstetem Brot riecht und, in Wasser gelöst, etwa den Geschmack einer Fleischbrühe besitzt. Es ist leicht löslich in warmem Wasser und vollkommen keimfrei, weshalb es unbegrenzt haltbar ist. Es wird nur aus dem Kasein und Serum entfetteter Milch hergestellt. Nicht nur durch seinen hohen Eiweißgehalt, sondern auch durch seinen Reichtum an Phosphor eignet sich Lacto auch ganz besonders in der Kinderpraxis zur Anwendung bei Rachitis und anderen Stoffwechselkrankheiten, die auf mangelhafter Ernährung beruhen. In den 20 Fällen, in denen Lacto (in warmem Wasser oder Fleischbrühe, in Gemüse usw.) zu 2—3 Kaffeelöffeln pro die verabreicht wurde, nahmen es die Pat. stets gern und vertrugen es durchaus gut. Lacto regte den Appetit an und hatte eine ausgezeichnete Wirkung auf den Ernährungszustand der Rekonvaleszenten nach schweren Krankheiten. Bei den Pat. mit primärer und sekundärer Anämie besserte sich das Blutbild wesentlich; es stiegen der Hämoglobingehalt und die Zahl der Erythrozyten bedeutend an. Auch bei Verwendung in Form von Nährklysmen erzeugte Lacto keinerlei lokale Reizerscheinungen; es wurde vom Darm leicht resorbiert und gut vertragen. D. schildert 12 Fälle (Erwachsene), bei denen Lacto in markanter Weise seine Wirkung entfaltete.

(Wiener klin. Wochenschrift. 1906. Nr. 23.)

Anwendung der Kindernahrung „Odda“ bei magendarmkranken Kindern empfiehlt Dr. H. Schlesinger (Frankfurt a. M.) auf Grund von Versuchen an 35 Kindern, welche an Gastritis, Enteritis, Obstipatio chronica litten. S. kann ebenso günstige Resultate publizieren, wie andere Autoren, die das Präparat früher angewandt haben. (Der Kinderarzt. 1906. Heft 6.)

Ernährungsversuche mit einem neuen Malzpräparat an atrophischen Kindern hat Dr. E. J. Lesser vorgenommen. Es handelt sich um das Candol, das bei 4 Kindern zur Anwendung gelangte und recht befriedigende Resultate ergab. In einem Falle wurde das Präparat allerdings nicht vertragen; Pat. nahm ab, und es traten sogar Magendarmstörungen auf. (Therap. Monatshefte. Juni 1906.)

Über moderne Eisentherapie in der Kinderpraxis läßt sich Dr. N. Swoboda Frühwalds Abteilung in d. Wiener Allg. Poliklinik) aus. Er hat Perdynamin und Lezithin-Perdynamin bei 20 Kindern (von 10 Monaten bis (9 Jahren) mit Anämie, Rachitis, Skrofulose, Tuberkulose angewandt und sehr befriedigende Resultate erzielt. Alle Kinder hatten vorher mehr oder minder häufig an Dyspepsien und Appetitlosigkeit gelitten. Die Präparate wurden stets gern genommen und gut vertragen; sie wirkten nicht allein günstig auf die Anämie, sondern hatten auch appetitanregenden Effekt, so daß die kleinen Pat. sich rasch kräftigten und an Gewicht zunahmen. (Wiener med. Presse. 1906. Nr. 18.)

Über den therapeutischen Wert des Eisennährpräparates Fersan läßt sich Dr. J. Margosches (Podu. Iloiei) aus und berichtet von einer Anzahl von Fällen, wo sich das Mittel bei primären und sekundären Anämien bestens bewährt hat. Besonders bemerkenswert waren die Erfolge bei Rachitis. Fersan wurde von den Kindern gern genommen (Schokoladepastillen) und auch bei längerem Gebrauche gut vertragen. Fersan ist deshalb so empfehlenswert, weil es die Eigenschaften eines hämatopoëtischen Eisenmittels mit denen eines Nährpräparates vereinigt, wobei die wichtige Phosphorkomponente als nervenstärkendes Reagens wirkt; es ist auch ein billiges Nährpräparat. (Mediz. Blätter. 1906. Nr. 26.)

Über den Wert der Somatose in der Therapie fällt Prof. Cavazzani (Pisa) auf Grund seiner Erfahrungen ein sehr günstiges Urteil. Wegen seiner ausgezeichneten Assimilierbarkeit und vortrefflichen Verträglichkeit verdient das Präparat in der Rekonvaleszenz und bei allen Zehrkrankheiten ausgiebig verwandt zu werden. C. hat bei einigen Krankheitsformen während der Somatosekur auch noch andere bemerkenswerte Beobachtungen gemacht. So bei 3 Nephritikern, wo während der Darreichung der Somatose deutliche Verminderung des Eiweißgehaltes im Urin eintrat. Bei den anderen Nephritikern bewirkte Somatose nur Besserung des allgemeinen Ernährungszustandes und der Blutbildung, begleitet von langsam fortschreitender Besserung der Nierenfunktion. Auch auf dem Gebiete der Neurosen hatte C. recht befriedigende Resultate, indem er Somatose auch als Fleischersatz benutzte. Sofern es hier nicht angängig ist, den Stickstoffgehalt der Nahrung zu erheblich und für längere Zeit zu reduzieren, oder falls gewisse Vorurteile der Familienangehörigen eine Unterdrückung der Fleischnahrung erschweren, kann man sein Ziel immer erreichen, wenn man an Stelle des Fleisches Somatose gibt. Bei einem seit dem 2. Lebensjahr hochgradig epileptischen Knaben, bei dem sich die Anfälle gewöhnlich 3—4 mal im Monat wiederholten, reichte Fleischverbot und Verordnung von Somatose und Eisensomatose hin, um die Zahl der Anfälle beträchtlich zu verringern und gleichzeitig eine durch Brommedikation entstandene Anämie zu heilen. Bei einem Knaben mit Pavor nocturnus, bei einem Mädchen mit hysterischer Chorea gleich günstiges Resultat. Bei einem Kinde von 11 Monaten, das schon mit Fleisch gefüttert wurde, tetanische Krämpfe hatte und schwerkrank war, wurde durch sofortige Einstellung der Fleischkost und Ersatz durch Somatose (10 g pro Tag) in 1 Monat Heilung erzielt. Auch bei Pat. mit Phthise, Darmtuberkulose usw. bewährte sich Somatose. (Die ärztl. Praxis. 1906. Nr. 13.)

Arzneibehandlung der Bleichsucht und anämischer Schwächezustände. Dr. O. Günzel (Soden i. P.) empfiehlt hierzu warm das Bioferrin, das bei diesen Zuständen ausgezeichnet wirkt und sich bei schwächlichen, anämischen Kindern vortrefflich bewährt. Auch Säuglingen wurde Bioferrin (2 mal täglich 5 g) mit bestem Erfolge gegeben. (Ibidem.)

Therapeutische Versuche mit Bioferrin bei Anämien im Kindesalter hat Dr. H. Herzog (Univers.-Kinderklinik Heidelberg) gemacht. Es wurde das Präparat 19 Kindern mit primärer oder sekundärer Anämie verabfolgt (3 mal täglich 5—10 ccm). Resultate sehr zufriedenstellend. Günstige Beeinflussung der Blutbeschaffenheit unverkennbar, meist rasches und sehr erhebliches Anwachsen des Hämoglobingehaltes. Besonders beweisend 3 Fälle, wo seit Monaten alle ärztlichen Bemühungen, durch diätetisch-physikalische Therapie und Medikamente die Anämie zu beseitigen, vergeblich gewesen waren, während bei Bioferrindarreichung bald Erfolg eintrat. (Deutsche med. Wochenschrift. 1906. Nr. 28.)

Über die Behandlung von Bleichsucht mit heißen Bädern kann Prof. Dr. H. Rosin (Berlin) nur Gutes berichten. Natürlich hat diese Kur nur Erfolge bei reinen Chlorosen, nicht solchen Erkrankungen, welche sich oft anfangs unter diesem Bilde verbergen (Tuberkulose, Herzleiden, Nephritis, chron. Intoxikationen, Kachexien usw.), und die daher vorher ausgeschlossen werden müssen. Die Bäderbehandlung erfordert einen 4—6 wöchentlichen Zeitraum, in welchem 3 mal wöchentlich die heißen Bäder verabfolgt werden. Die zweite Hälfte des Vormittags eignet sich am besten hierfür; man muß im ganzen etwa 2 Stunden Zeit darauf verwenden. Die Temperatur des Wassers soll 40° C. (32° R.) betragen; die Pat. haben sich vorher mit einer kühlen Kopfkappe oder einem nassen Handtuch zu bedecken. Zum 1. Male genügen 10—15 Minuten, später kann bis 20 Minuten gebadet werden. Unmittelbar nach dem Bade wird wenige Sekunden lang kühl geduscht und trocken gerieben, sodann 1 Stunde geruht. Bereits nach dem 3. bis 4. Bade muß eine Besserung des Allgemeinbefindens wahrnehmbar sein, nach dem 6. muß sich subjektiv und objektiv die Besserung zu zeigen begingen. In zahlreichen Fällen führen 12 Bäder in 4 Wochen bereits zu völliger Gesundung; zuweilen geht die anfangs rasch eintretende Besserung später langsamer vorwärts. Hin und wieder gelingt es überhaupt nur, eine gewisse Besserung zu erzielen, in einzelnen Fällen tritt gar kein Erfolg ein. Jedenfalls möchte R. die heißen Bäder in der Therapie der Chlorose nicht mehr missen.

(Die Therapie der Gegenwart. Juli 1906.)

Über Cerolin teilt Dr. E. Toff (Braila) seine Erfahrungen mit. Auch Kinder nehmen manchmal die von der Firma Boehringer & Söhne (Mannheim) hergestellten Pillen (mit 0,1 Cerolin) ganz gut, event. müssen sie Cerolin-Milchzuckertabletten (mit 0,025 Cerolin) bekommen. Cerolin bewährt sich bestens bei Akne, Folliculitis, Furunculosis und bei chron. Obstipation. In allen diesen Fällen ist die Anwendung dieses Hefepräparates sehr zu empfehlen.

(Medizin. Klinik. 1906. Nr. 29.)

Untersuchungen über die Einwirkung des Protylins auf die Phosphorausscheidung des Menschen hat Prof. Dr. R. O. Neumann (Hygien. Institut Heidelberg) ausgeführt, und er faßt das Resultat derselben in folgenden Sätzen zusammen:

„Bei den Versuchen, in denen ein Teil des Nahrungseiweißes und des Phosphors durch eine aliquote Menge Protylin ersetzt wurde, konnte der Organismus ganz oder fast ganz auf seinem Stickstoff- und Phosphorgleichgewicht erhalten werden. In anderen Versuchen, in denen zur vollen genügenden Nahrung verschieden große Mengen Protylin gegeben wurden, zeigte sich ein Stickstoffansatz und gleichzeitige Phosphorretention. Daraus darf geschlossen werden, daß der Phosphor und das Eiweiß des Protylins im Organismus zugunsten des Zellaufbaues resorbiert und assimiliert wird und dem Körper zugute kommt."

(Münch. med. Wochenschrift. 1906. Nr. 32.)

Mufflers sterilisierte Kindernahrung hat Dr. A. Klautsch (Kinderpflege- u. Heilanstalt „St. Elisabeth-Kinderheim" in Halle) mit bestem Erfolge benutzt. Sie wird allen Anforderungen, die man an ein Kindernährmittel stellen muß, durchaus gerecht und von den Kindern sowohl mit Wasser allein gekocht wie als ergänzender Zusatz zu der mit Wasser verdünnten Kuhmilch fast ausnahmslos gern genommen und gut vertragen. Auch bei der Ernährung verdauungsschwacher, magendarmkranker Kinder bewährte sie sich, wurde leicht verdaut und gut ausgenutzt. (Medizin. Klinik. 1906. Nr. 31.)

Zwei neue Saugapparate für die Kinderpraxis hat R. W. Raudnitz (Prag) konstruiert. Der eine, senkrecht abgebogen, mit verschieden breiten platten Saugglocken versehen, wurde mit Erfolg bei Entzündungen der Rachenmandeln benutzt, der andere, gerade, langgestielte mit runder Glocke bei Retropharyngealabszessen; bei letzteren macht R. nur einen kleinen Einstich, läßt die Hauptmasse des Eiters sich spontan entleeren und saugt den Rest und das Blut heraus, wodurch er dem Kinde das Verschlucken des Blutes erspart. Die Apparate werden hergestellt von Glasbläser Grünwald in Prag und der Firma Eschbaum in Bonn. (Prager med. Wochenschrift. 1906. Nr. 34.)

III. Aus Vereinen und Versammlungen.

Gesellschaft der Charité-Ärzte in Berlin.

(Nach Berliner klin. Wochenschrift.)

Sitzung vom 15. Februar 1906.

E. Lesser: **Erythema septicum bullosum.** Es handelt sich hier um ein dreijähriges Kind, daß am 31. Januar mit einem Exanthem aufgenommen wurde, welches aus Blasen und Erythemeffekten gebildet wurde. Bei der Aufnahme überwogen die Blasen. Das Kind hatte besonders an den Extremitäten, im Gesicht und am Halse zahlreiche, zum Teil sehr schön ringförmige, fünf- bis zehnpfennigstückgroße Blasen. Einzelne von diesen waren geplatzt und hatten zu Schorfbildung Veranlassung gegeben. Das Kind fieberte die ersten Tage nicht, aber schon am dritten Tage trat eine Temperaturerhöhung ein und mit dieser eine neue Eruption von Blasen.

Das Fieber ging wieder herunter, stieg dann am 7. Tage des Aufenthalts einmal bis über 40°, gleichzeitig wieder eine lebhafte Neueruption herbeiführend. Nun trat der zweite Faktor, nämlich die Erythembildung, mehr in den Vordergrund. Das Kind bekam ein in Guirlandenform angeordnetes Erythem über große Körperstrecken. Die ganze vordere Partie der Brust war ergriffen. Man sieht auch jetzt noch das Erythem am Oberarm. Zum Teil waren die Blasen auf solchen erythematösen Flecken, aber viele von den Erythemstellen waren gänzlich

ohne Blasenbildung. Im weiteren Verlaufe ging das Fieber wieder herunter. Wie Sie an der Kurve sehen, sind jedoch nachher noch zwei oder drei Zacken gekommen, und jedesmal ist im Anschluß an die Temperatursteigerung eine neue Eruption aufgetreten. Es stellte sich bei der ersten Untersuchung ferner heraus, daß das Kind auf der rechten Seite eine stark geschwollene Achseldrüse hatte. Die Anamnese ergab folgendes: Das Kind ist am 11. Dezember vorigen Jahres am rechten Arm geimpft worden, die vier Impfstriche gingen an. Am 1. Januar, also zwanzig Tage nach der Impfung, bemerkte die Mutter beim Baden, daß die Borke der einen Impfstelle abfiel durch Kratzen oder zufällige Berührung, und daß etwas Blut aus dieser Stelle sich entleerte. Vier Tage später fiel ihr auf, daß in der rechten Achselhöhle sich ein etwa pflaumengroßer Knoten, der etwas empfindlich war, gebildet hatte. Die Haut soll zuerst nicht gerötet gewesen sein, rötete sich aber in den nächsten Tagen nach Anwendung von warmen Umschlägen. Als das Kind hier aufgenommen wurde, etwa drei Wochen später, war die Schwellung der Achseldrüse auch noch vorhanden; sie war etwa kastaniengroß, in den ersten Tagen empfindlich, die Haut war gerötet, so daß man daran denken mußte, daß es zur Abszedierung und zum Durchbruch kommen würde, indessen ging die Drüsenschwellung im weiteren Verlauf zurück. Der Blaseninhalt wurde bakteriologisch untersucht. Herr Kollege Beitzke hatte die Freundlichkeit diese Untersuchung vorzunehmen. Es ergab sich ein ganz negatives Resultat. Die Nährböden, die mit dem Inhalt beschickt wurden, blieben vollständig steril. Die mikroskopische Untersuchung des Blaseninhaltes ergab ebenfalls ein so gut wie negatives Resultat. Es wurden zwar einzelne Kokken gefunden, aber nur ganz wenige; Herr Kollege Beitzke hat überhaupt nur ein „kokkenähnliches Gebilde" in seinen Angaben damals notiert.

Die Deutung dieses Falles ist mir jedenfalls im Anfange nicht ganz leicht gewesen. Im ersten Augenblicke glaubte ich, daß es sich um eine Impetigo contagiosa handelte, die durch eine äußere Staphylokokkeninfektion bedingt war, und die bei so kleinen Kindern ja sehr gut den Charakter des Pemphigus neonatorum — das Auftreten dieser wasserhellen Blasen — annehmen konnte. Indes die genauere Betrachtung des Krankheitsbildes ergab sehr bald, daß es sich hier um eine durch eine innere Ursache hervorgerufene Eruption handeln müsse. Es kam in erster Linie der sogenannte akute Pemphigus in Betracht, die Febris bullosa, also eine schwere Infektionskrankheit, deren Ursache noch völlig dunkel ist, bei der das Hauptsymptom an der Haut die Blasenbildung ist, die in einzelnen Fällen nach einem cyklischen Vorlauf, ähnlich wie beim Typhus etwa, zur Heilung kommt, in einer ganzen Anzahl von andern Fällen jedoch in ganz akuter Weise zum Exitus geführt hat. Diese Annahme war nicht wahrscheinlich, weil der allgemeine Zustand des Kindes nicht dem schweren Krankheitsbilde entsprach, welches beim Pemphigus acutus die Regel ist. So bin ich denn zu der Ansicht gekommen, daß es sich hier um ein Exanthem handelt, welches in die Reihe der septischen Ausschläge hineingehört. Es ist das ja eine große Gruppe, die gewiß nicht vom bakteriologischen Standpunkte aus eine einheitliche Ursache hat, sondern es ist ganz sicher, daß eine Reihe verschiedener Krankheitserreger solche Ausschläge hervorrufen können. Es ist eine große Zahl von solchen Fällen bekannt. Ich erinnere Sie nur an die septischen Erytheme, wie wir sie bei Diphtherie z. B. sehen. Die Form der Ausschläge ist außerordentlich wechselnd. Es kommt alles vor: Erytheme, Quaddelbildungen, Blasenbildungen und Pustelbildungen. Damit würde also der Befund bei diesem Kinde vollständig übereinstimmen. Ich glaube auch, daß die Anamnese einen Anhaltspunkt nach dieser Richtung gibt.

Die erste Frage, die zu entscheiden war, war natürlich die, ob die Impfung in irgend einer direkten Beziehung dazu stehen konnte. Das mußte abgelehnt werden. Das Kind war am 11. Dezember geimpft worden, und erst am 5., 6. Januar, also etwa 4 Wochen später, traten die ersten Blasen auf. Wenn nun auch hier ein direkter Zusammenhang nicht besteht, so glaube ich allerdings doch, daß es sich um einen indirekten Zusammenhang handelt. Denn wie ich Ihnen schon sagte trat drei Wochen nach der Impfung im Anschluß an das Abkratzen oder Abfallen einer Borke eine Lymphdrüsenschwellung auf. Ich glaube, daß die Annahme wohl am wahrscheinlichsten ist, daß nachträglich die eine Impfstelle sekundär infiziert, und daß von da die Lymphdrüse infiziert worden und es nun zu einer allgemeinen Infektion gekommen ist, natürlich zu einer sehr

benignen allgemeinen Infektion. Solche benignen septischen Infektionen, wenn ich diesen Ausdruck hier gebrauchen darf, sind ja öfter beobachtet worden.

Nun entsteht aber weiter die Frage, ob der negative, bakteriologische Befund des Blaseninhalts nicht gegen die Annahme einer solchen septischen Eruption sprechen würde. Es sind in anderen Fällen in der Tat Staphylokokken oder Streptokokken in den Hauteffloreszenzen nachgewiesen worden. Ich glaube aber doch, daß, wie wir das überhaupt von der Haut wissen, bei dieser ganzen großen Gruppe von Exanthemen die Haut in zweierlei Weise erkranken kann, nämlich einmal durch direkte Embolien oder Metastasen der Mikroorganismen, und das andere Mal durch die Einwirkung der Toxine auf die Kapillargefäße. In dieser Hinsicht kennen wir viele Analoga. Es ist dies ja doch schließlich derselbe Vorgang wie bei den Arzneiexanthemen, wo wir bei Jod, bei Salizylsäure, bei Antipyrin usw. ganz ähnliche Exantheme auftreten sehen, Erytheme, Bläschen- und Blasenbildung. Ich erinnere nur an Jodpemphigus, an bullöse Antipyrinexantheme, die ja geradezu den Eindruck eines schweren Pemphigus machen. Ich glaube also, es ist für diesen Fall wohl die wahrscheinlichste Erklärung, daß es sich um ein septisches Erythem mit Blasenbildung, aber um eine Wirkung der Toxine und nicht der Mikroorganismen handelt. Das Blut ist leider nicht untersucht worden; das würde ja in solchen Fällen unter Umständen einen Aufschluß geben können.

Sitzung vom 31. Mai 1906.

Heubner: a) **Eine bemerkenswerte Tuberkulinreaktion an der Haut.** b) **Zwei Fälle von ungewöhnlich schwerer Hautaffektion.**

Diese kleine Kranke ist jetzt $2^1/_2$ Jahre alt. Sie stammt von einer schwindsüchtigen Mutter und ist zunächst 6 Wochen lang an der Brust und dann künstlich genährt worden. Sie ist schon ziemlich lange krank; sie hat eine erhebliche Rachitis gehabt und im Alter von einem Jahre die Masern überstanden. Von da an leidet sie an öfter wiederkehrender Diarrhöe. Mitte April fing sie an, ein Kopfekzem zu bekommen, von jener Form, wie sie sich unter dem Einfluß der Skrofulose entwickelt, das sich allmählich ausbreitete. Als sie am 19. April bei uns aufgenommen wurde, zeigte sich außer dem Kopf- und Gesichtsekzem noch ein anderes ungewöhnliches Exanthem. Das Kopfekzem bestand aus drei oder vier größeren Eruptionen, mit Schorf bedeckt, nässend. Auf der Außenfläche der Arme und Beine aber zeigte sich eine Eruption disseminierter kleiner Flecke und Knötchen, auf einzelnen waren Pustelchen aufgeschossen. Die Infiltration war an einigen Stellen gering, an anderen stärker, die Farbe großenteils tief dunkelrot. Als ich das Kind sah, erklärte ich meinen Assistenten, das sieht nicht recht wie ein diffuses Ekzem aus, das sieht mehr einem Hauttuberkulid ähnlich — wie sie ja in neuerer Zeit häufiger beschrieben worden sind. Es glich nicht dem längst bekannten Lichen scrophulosorum, sondern eher jenem Ausschlag, der in der Literatur als acneiformes Tuberkulid bezeichnet worden ist.[1]) Das Kind wurde in der gewöhnlichen Weise behandelt; das Ekzem heilte ab, aber eine phlyktänulöse Keratitis kam noch hinzu. Erst war das eine Auge krank und dann das andere. Nun, meine Herren, wir behandeln alle Skrofulösen, alle erblichen Tuberkulösen, soweit sie uns nicht die Besorgnis einer etwaigen Verallgemeinerung einflößen, schon seit Jahren mit Tuberkulin, und ich kann sagen, daß wir eben bei dieser Behandlung geblieben sind, weil sie vielfach gute Resultate zu zeitigen schien. Dieses Kind bekam also am 2. Mai $^1/_{20}$ mg Tuberkulin. Darauf reagierte es ganz wenig, und es trat nur eine gelinde Fiebersteigerung ein; eigentlich erhob sich die Kurve nur in sehr geringem Maße, so daß es zunächst ganz zweifelhaft war, ob hier überhaupt eine Reaktion angenommen werden könnte. Am 7. Mai wurde die Tuberkulineinspritzung wiederholt, und zwar jetzt mit $^1/_{10}$ mg. Zunächst war alles still. Einen Tag danach trat eine etwas stärkere Temperatursteigerung ein, nämlich auf 37,8, während bis dahin die Temperatur höchstens 37,1 erreicht hatte. Sie ging zwar wieder herunter, aber am 10. Mai fing ein mächtiges Fieber an, das allerdings von einer gleich-

---

[1]) Unter den Moulagen der dermatologischen Klinik der Charité habe ich ein Exanthembild gefunden, das als Tuberkulid bezeichnet ist und ganz und gar demjenigen meines Falles ähnelt.

zeitigen Angina begleitet war. Ich will bemerken, daß das Kind außerdem eine schon seit Monaten bestehende Otorrhöe hatte und diese sich plötzlich wieder stärker geltend machte. Nun begann eine sehr merkwürdige Erkrankung der Haut, deren Moulage ich Ihnen hier zeige. Also zunächst trat während dieses Fiebers eine intensive Reaktion an der Stelle der zweiten Tuberkulininjektion ein. Sie sehen eine ausgebreitete Rötung und Anschwellung der ganzen Vorderfläche des rechten Oberschenkels, in deren Mitte eine Bläschengruppe von Pflaumenkerngröße aufgeschossen ist. Aber damit begnügte sich die Reaktion nicht, sondern jetzt trat auf der ganzen Haut, sowohl auf dem Rücken wie auf der Brust, überall eine allgemeine Hautröte auf, die aber an den übrigen Stellen mehr den Charakter einer diffusen Eruption hatte, ein wenig gelbliche Flecke auf gerötetem Grunde. Diese Rötung verschwand in einigen Tagen. Während des Bestehens dieser Röte traten nun auf beiden Vorderarmen, da, wo das Exanthem besonders gesessen hatte und wo Sie jetzt noch an der Moulage Spuren sehen — jetzt ist alles abgeheilt — diese mächtigen düsterroten Schwellungen auf, die beiderseits die gesamte Streckfläche des Unterarms einnehmen. Bei der Berührung schienen die Stellen etwas schmerzhaft zu sein. Nach mehreren Tagen waren die Schwellungen wieder verschwunden. Meine Herren, nun weiter: als das vorüber war und die Symptome, die das Kind hatte, anfingen abzuheilen, verschwand das Ekzem, und das Kind hat sich wesentlich gebessert, allerdings mit der einzigen Ausnahme, daß entsprechend dem hohen Fieber, welches eine ganze Woche hindurch bestanden hat, das Körpergewicht zurückgegangen ist; jetzt ist die Kleine aber wieder fieberlos.

Dieser Fall ist nach zwei Richtungen hin interessant: einmal, weil es sich hier ganz zweifellos um eine örtliche Reaktion auf Tuberkulin handelt, und zwar eine Reaktion nicht bloß an der Stelle, wo die Einspritzung gemacht worden ist, sondern auch in weiter Ausdehnung an einige Oberteile, wo wahrscheinlicherweise, wenigstens nach der Vermutungsdiagnose, eine örtliche tuberkulöse disseminierte Hauterkrankung vorhanden war. — Das zweite interessante Moment ist aber hier, daß das Tuberkulin zweifellos in diesem Falle dieselbe Rolle gespielt hat wie sonst körperfremdes Serum. v. Picquet hat für das artfremde Serum nachgewiesen, daß seine Inkorporierung den Organismus überempfindlich für eine erneute Zufuhr dieses als Gift zu betrachtenden Serums macht. Wenn man Serum in die Haut einspritzt und, ehe eine Reihe von Wochen vergangen ist, die Einspritzung wiederholt, dann zeigt der Organismus einen rascheren Eintritt und intensiveren Verlauf der sogenannten Serumkrankheit. Eine ähnliche Wirkung haben wir hier; eine sehr geringe Einspritzung von Tuberkulin hat genügt, um bei diesem wahrscheinlich tuberkulösen Organismus Überempfindlichkeit herzustellen, die sich im Anschluß an die zweite Tuberkulininjektion in dieser bemerkenswerten Weise zu erkennen gegeben hat.

Ich erlaube mir die Moulage herumzugeben. Übrigens ist, wie Sie am Kinde sehen, seitdem eine erhebliche Besserung aller skrofulösen Erscheinungen eingetreten.

Die beiden nächsten Fälle betreffen schwere Hauterkrankungen, wo ich allerdings keine gesicherte Diagnose stellen kann; ich möchte Ihnen aber die Fälle vorführen, weil sie ungewöhnlich sind.

Dieses Kind ist zwei Jahre alt, die Mutter ist an Tuberkulose gestorben; ein Bruder ist gesund. Mit vier Monaten hatte das Kind eine Erkrankung zweifelhafter Art; es waren Geschwüre am Skrotum, die in einiger Zeit heilten. Mitte Januar, als das Kind ungefähr $1^3/_4$ Jahre alt war, bekam es Husten, der sich über zwei Monate fortsetzte. Es schwitzte oft, hatte nachts auch Fieber, kurz Erscheinungen und anamnestische Angaben, die sehr wohl daran denken lassen, daß es sich hier um ein Erbteil von der Mutter handelt. Ich will aber gleich hinzufügen, daß es uns nicht gelungen ist, einen sicheren physikalischen Nachweis der vermuteten Tuberkulose zu stellen. Die Mutter hatte auch einmal abortiert, bevor sie dieses Kind bekam, zwischen dem älteren Bruder und diesem Kinde. Weiter ist von seiten der Eltern durchaus kein Anhaltspunkt für die Diagnose vorhanden. Im Februar bekam das Kind ein Exanthem, das für syphilitisch angesehen wurde, und am After Erosionen. Ich muß aber bemerken, daß bei einem Kinde von $1^3/_4$ Jahren es nicht ganz gewöhnlich ist, an einem makulopapulösen Exanthem zu erkranken. Ich selbst habe es nicht gesehen. Am After sah ich noch etwas infiltrierte Hautstellen, die vielleicht Kondylome gewesen sein konnten.

Recht sicher war mir die Sache auch nicht. Am 24. April entstanden am Kopf, am Nacken und auf dem Rücken stecknadelkopfgroße Effloreszenzen und an den Beugeseiten der Extremitäten oberflächliche Erosionen und Ulzerationen. Das Kind wurde mit Sublimatinjektionen behandelt. Am 28. April war das Exanthem verschwunden. Jetzt aber gingen von der Stelle am Gesäß ganz ungefährlich aussehende Eruptionen aus, die sich in Gestalt von Knötchen darstellten, sich rasch mit Eiterblasen bedeckten und nun im Verlauf von 8 Tagen in diese kreisrunden markstückgroßen Hautnekrosen übergingen, deren Reste Sie jetzt sehen. Diese scharf begrenzten runden tiefen Geschwüre von Markstückgröße sind die Reste gleichgroßer Hautnekrosen, die sich in der kurzen Zeit von wenigen Tagen gebildet hatten. Auf einem der Geschwüre sehen Sie einen Teil des schwarzen Schorfes noch aufsitzen. So, meine Herren, wie Sie es hier sehen, an diesen kleineren Effloreszenzen, solche wie mit dem Locheisen herausgeschlagene schwarze kleine Schorfe — so fing die Sache auch bei den großen Geschwüren an. Während dieser Zeit hatte das Kind unausgesetzt hohes Fieber. Ich muß sagen, ich war nicht imstande, diese Hautaffektion zu klassifizieren. Wenn man sich mit dem Namen begnügen will, so kann man sie, wie Herr Kollege Lesser anfangs meinte, als Ekthyma kachecticum bezeichnen.

Während dieser Eruptionen und des hektischen Fiebers bekam das Kind mit einem Male eine kurz dauernde Enteritis. In dem entleerten Schleime fanden die Herren der bakteriologischen Abteilung des hygienischen Institutes Typhusbazillen, die auch mit Typhusserum, aber nicht mit dem des kranken Kindes, agglutinierten. Man kann nur annehmen, daß dieses vielen Leiden unterworfene Kind noch außerdem ein zufälliger Typhusbazillenträger ist, wenn es sich nicht doch vielleicht um die Tissierschen typhusähnlichen Mikroben handelt. Die Hautaffektion sah übrigens dem typhösen schweren Decubitus an manchen Stellen ähnlich. Ich fürchte leider, daß wir über diesen Fall in nicht allzulanger Zeit durch die Sektion aufgeklärt werden; das Kind ist sehr heruntergekommen und jetzt in sehr starkem Verfall[1]).

Meine Herren, einen Fall, der mit dem eben geschilderten etwas Ähnlichkeit hat, möchte ich Ihnen noch hier an diesem dritten Kinde zeigen, welches auch eine bewegte Krankengeschichte hinter sich hat. Es handelt sich um ein einjähriges Kind, das schon mit sechs Wochen ohrenkrank geworden und im vierten Monat mit einer starken Verschlimmerung des Ohrenflusses in die Ohrenabteilung aufgenommen worden ist; es hat aber keine Knochenerkrankung gehabt, sondern nur einen einfachen Mittelohrkatarrh. Als das Kind nun Fieber bekam, wurde es am 21. April auf unsere Abteilung gelegt, und es zeigte sich, daß es an einer linksseitigen lobären Pneumonie litt; außerdem zeigte es Erscheinungen von Spasmogenie, Facialisphänomen usw. Es ging aber ganz leidlich bis zum 8. Mai; das Fieber war herunter, die Pneumonie heilte ab. Mit einem Male brachen am 8. Mai Varicellen aus; wir dürfen annehmen, daß die Infektion mit Varicellen vielleicht auf der Ohrenabteilung oder auf dem Transport in das Krankenhaus vor 3 Wochen stattgefunden hat. Die Varicellen verliefen zunächst in gewöhnlicher Weise, aber es kamen an verschiedenen Stellen Abszesse. Ich will noch bemerken, daß das Kind, schon ehe es Varicellen bekam, Neigung zu Abszeßbildungen gehabt hatte; ein Abszeß hinter dem linken Ohr hatte schon auf der Ohrenabteilung eröffnet werden müssen. Wenige Tage nach dem Wiederauftreten der Abszesse verwandelten sich diese Varicellen mit einem Male an vielen Stellen in solche halbgangränöse große Blasen. Die Erkrankung ging durch die Cutis hindurch in das Corium hinein, und es bildeten sich auch hier an einzelnen Stellen tiefe Löcher, die allerdings jetzt zum Teil abgeheilt sind. Es ist nicht so schlimm wie mit jenem Kinde; aber Sie sehen hier noch eine ganze Zahl von jetzt allmählich verschorften Eruptionen. Jetzt trat noch eine septisch nekrotische Affektion der Lymphdrüsen vor und hinter dem Ohre hinzu, mit einer phlegmonösen Anschwellung der ganzen Umgebung des Ohres, das linke Auge wurde ödematös. Nachdem einmal eine kräftige Stauung nach Bier ausgeführt worden war, zeigte sich, daß hier die Haut vollständig nekrotisch war; es gab ein

[1]) Anmerkung bei der Korrektur: Das Kind starb kurze Zeit später. Die Sektion ergab eine ausgebreitete Tuberkulose der nicht sehr vergrößerten Mesenterial- und Bronchialdrüsen. Keine Zeichen von Syphilis. Im Blute kein Pyocyaneus.

großes Geschwür, in dessen Grund die angeschwollene halbnekrotische Lymphdrüse lag. Jetzt geht die ganze böse Affektion unter Granulationsbildung in Heilung über. Man kann sagen, daß bei diesem Kinde alle örtlichen Eruptionen, die viel schlimmer aussahen, als sie sich heute zeigen, im Rückgange begriffen sind. Das Kind ist aber durch unausgesetztes Fieber sehr heruntergekommen, so daß auch hier die Prognose immerhin noch zweifelhaft ist.[1])

Diskussion: Finkelstein: Ich wollte mir erlauben, zu dem zweiten Fall, dem mit den gangränösen Geschwüren, die Bemerkung zu machen, daß bullöse Hautaffektionen, welche schnell in Geschwüre übergehen, die den hier vorhandenen vollkommen entsprechen, beschrieben werden im Verlaufe derjenigen Infektionen, welche die Franzosen als Maladie pyocyanique bezeichnen. Ich erinnere mich solcher Fälle aus der Literatur,[2]) wo man, sei es im Darm, sei es im Sputum, sei es im Blut oder septischen Herden den Bacillus pyocyaneus meist in Begleitung von anderen Sepsiserregern gefunden hat, und ich selbst habe vor einigen Jahren auf der Klinik des Herrn Geheimrats Heubner schon einen derartigen Fall gesehen; da fanden wir ebenfalls neben den Geschwüren hämorrhagische Enteritis und hämorrhagisch eitrige Meningitis und im Darm, Hirnhäuten, Blut und Geschwüren reichlich Pyocyaneus mit Streptokokken vermischt. Ich möchte die Frage stellen, ob hier vielleicht irgendwo ebenfalls Pyocyaneus nachgewiesen wurde, beziehungsweise anregen, bei der Sektion darauf zu achten. Jedenfalls sind also in der Literatur solche Fälle beschrieben. Mit Lues hat meines Erachtens die Affektion nichts zu tun.

Roscher: Ich habe Gelegenheit gehabt, mit meinem Chef, Herrn Professor Lesser, das eine Kind vor einigen Tagen zu sehen, als es ungefähr den Status darbot, in welchem es heute gezeigt worden ist. Hier machten das Aussehen der Geschwüre und ihr Verlauf sowie auch die Anamnese, das Auftreten in Pusteln, die enorme Tendenz zur peripheren Ausbreitung, dann die gangränösen Schorfe, doch ganz den Eindruck wie der Ulzerationen, wie wir sie bei Lues maligna der Erwachsenen sehen. Kinder bekommen wir auf unserer Klinik sehr wenig zu sehen; es ist mir daher nicht bekannt, ob diese Form bei Kindern hier öfter beobachtet wird, bei Erwachsenen haben wir sie gar nicht so selten. Der Anblick, wie er sich hier bietet, unterscheidet sich von der Lues maligna bei Erwachsenen nur insofern, als bei diesen trotz der Tendenz zum peripheren Fortschreiten so in die Tiefe gehende Geschwüre wie hier kaum vorkommen.

Ich möchte dann noch fragen, ob Quecksilberbehandlung eingeleitet worden ist. Der Verlauf der Krankheit unter Quecksilberbehandlung würde an sich noch nicht gegen die Diagnose Lues maligna sprechen. Wir haben viele derartige Fälle, in denen die übliche Behandlung mit Schmier- oder Spritzkur gar keinen Einfluß hat und wo wir überhaupt nur mit den verhältnismäßig schärfsten Quecksilbermitteln, der Kalomelinjektionskur — neben der Joddarreichung — zum Ziele kommen. Ich glaube also, daß man, auch wenn die Quecksilberbehandlung in der üblichen Form ohne Erfolg eingeleitet worden ist, daraus noch nicht berechtigt ist, die Diagnose Lues auszuschließen.

Heubner: Ich möchte zunächst Herrn Finkelstein für seine Anregung danken; wir wollen das jedenfalls im Auge behalten. Von Meningitis ist absolut nichts vorhanden; das Kind ist vollständig klar, und es ist auch in der Krankengeschichte durchaus nichts erwähnt, was irgendwie darauf schließen läßt. — Mit Sublimat ist auch behandelt worden; aber nach den jetzigen Erscheinungen bei dieser großen Neigung zu Nekrosen habe ich keine Lust mehr, das Sublimat fortzusetzen.

Garlipp: a) **Ein Fall von Embolie der Art. brachialis bei Diphtherie.** b) **Zur Behandlung des erschwerten Decanulements.**

Meine Herren, der Knabe, den ich Ihnen hier vorstelle, erkrankte im Anfang Oktober vorigen Jahres an einer schweren Rachendiphtherie, die aber nach Einspritzung von Heilserum schnell abheilte. Mitte Oktober bemerkte die Mutter, daß der Knabe matt wurde und seinen Appetit verlor. Am 21. Oktober klagte

---

[1]) Anmerkung bei der Korrektur: Das Kind ging schließlich doch völlig geheilt ab.

[2]) Anmerkung bei der Korrektur: z. B. Baginsky, Arch. f. Kinderheilk. 28; Hitschmann, Wien. klin. Wochenschr. 1897, 16. Dezbr.; Kreibich Arch. f. Dermatol. u. Syph. 50. (Abbildungen bei Baginsky und Kreibich.)

der Junge plötzlich über heftige Schmerzen im rechten Arm, während die rechte Hand „wie eine Totenhand“ wurde. Am nächsten Morgen waren Hand und Unterarm geschwollen und blau gefärbt. In den nächsten Tagen wurden die Finger teilweise blauschwarz, das Allgemeinbefinden des Knaben verschlechterte sich erheblich, so daß die Mutter die Poliklinik des Herrn Dr. Bendix aufsuchte, der die Liebenswürdigkeit hatte, uns das Kind zuzuschicken.

Bei der Aufnahme machte der Knabe den Eindruck eines Sterbenden. Er lag kraftlos im Bett, das Gesicht war totenbleich, die Stimme tonlos. Der Puls war fadenförmig, kaum zu fühlen, betrug 186 in der Minute, Blutdruckmessung nach Gärtner 65 mm. Die Herzdämpfung war nach links und rechts verbreitert, die Herztöne dumpf, leise. Es bestand Galopprhythmus. Die Leber überragte um 8 cm den Rippenbogen. Es bestand eine schwere Nephritis. Der rechte Arm lag kraftlos auf der Unterlage. Die Hand und der Unterarm waren ödematös geschwollen, die Haut hatte sich teilweise in Blasen abgehoben, teilweise waren tiefe nekrotische Stellen vorhanden. Die Finger waren dunkelblau, die Spitzen waren schwarz gefärbt. Die Nagelglieder des Zeige- und des vierten Fingers waren mumifiziert. In der Arteria brachialis fühlte man, ungefähr in der Höhe des Ansatzes des Musculus pectoral. major, eine Verhärtung.

Es handelte sich also um eine Embolie der Arteria brachialis. Der Embolus hatte seinen Ursprung wahrscheinlich von einem Herzthrombus genommen. Wie die Sektionen ergeben, kommen diese in 50 % der an Diphtherie Verstorbenen vor. Von diesem Thrombus hatte sich ein Stück losgelöst und war in die Arteria brachialis gefahren, deren völligen Verschluß er herbeiführte.

Der Knabe schwankte mehrere Tage zwischen Leben und Tod. Endlich wurde der Puls zuerst etwas kräftiger; es stellte sich Appetit ein und die Genesung machte dann langsame Fortschritte, so daß der Knabe im Anfang Dezember zum ersten Male das Bett verlassen konnte. Bei der Entlassung war die Herzdämpfung wieder normal, die Leberschwellung verschwunden und die Nierenentzündung abgeheilt. Auch die Folgen der Embolie waren nicht so schlimm, wie im Anfang zu befürchten war. Ich gebe Ihnen eine Photographie herum, die kurze Zeit nach der Einlieferung aufgenommen wurde. Wie Sie jetzt sehen, ist von den damaligen Veränderungen nicht mehr viel übrig. Nur die Endglieder des Zeige- und ein Teil des Nagelgliedes des Mittelfingers und vierten Fingers sind verloren gegangen. Die Haut hat sich bei den oberflächlichen Zerstörungen neu gebildet, bei den tieferen ist sie durch Narbengewebe ersetzt.

Seit seiner Entlassung befindet sich der Knabe in Behandlung der chirurgischen Poliklinik. Herr Professor Pels-Leusden hofft die Steifigkeit der Finger durch Massage usw. völlig zu beseitigen, beim Daumen ist es schon gelungen.

Die Embolie der peripheren Arterien bei Diphtherie sind sehr selten. Ich habe in der Literatur nur sieben Fälle finden können, die alle gestorben sind. Noch seltener ist eine Heilung bei einer derartigen Herzschwäche nach Diphtherie. Nur die sorgsamste Pflege in Verbindung mit Einspritzungen von Strychnin — täglich 0,001 — kann hier Rettung bringen.

Der zweite Knabe, den ich Ihnen vorstelle, ist vor kurzem geheilt entlassen worden. Er kam am 14. April mit einer diphtheritischen Larynxstenose zu uns. Da ich selbst wegen einer Verletzung am Finger die Intubation nicht ausführen konnte und ein anderer intubationskundiger Assistent nicht anwesend war, mußte die Tracheotomie ausgeführt werden, die sonst bei uns fast ganz durch die Intubation verdrängt ist. Das Decanulement machte nun außerordentliche Schwierigkeiten. Es gelang weder, die Kanüle zu entfernen, noch durch eine gefensterte Kanüle die Luft durch den Kehlkopf zu leiten. Wir beschlossen daher am 23. April die Intubation mit Gelatine-Alaun-Tuben, die von O'Dwyer angegeben und später hauptsächlich durch Bókay bekannt geworden ist. Ich habe mit diesen Tuben den Knaben vom 27. April bis 16. Mai 7mal intubiert, da stets nach dem Aushusten oder der Herausnahme des Tubus sich neue Stenosenerscheinungen einstellten. Erst am 16. Mai, nachdem der Tubus im ganzen 308 Stunden gelegen hatte, gelang die Extubation. Der Knabe ist seitdem, wie Sie sehen, völlig beschwerdefrei. Im Anfang hatte ich die Tracheotomiewunde noch durch eine Sperrkanüle offen gehalten; später ließ ich sie vernarben, so daß mit der Entfernung des Tubus auch die Tracheotomiewunde verheilt war.

Herr Professor Meyer, der die Güte hatte, den Knaben am 30. April zu untersuchen, stellte fest, daß das erschwerte Decanulement durch eine Nekrose des linken Trachealringes bedingt war.

Ich möchte die Methode bei passenden Fällen angelegentlichst empfehlen.

Diskussion. Börger: Ich möchte einmal fragen, worin der Grund für das erschwerte Decanulement bestanden hat. Diese erschwerten Decanulements haben verschiedene Ursachen, und ihre Behandlung ist eine der dankbarsten Aufgaben. Es kann einmal daran liegen, daß sehr bald im inneren oberen Wundwinkel sich Granulationen bilden, die dann durch Verlegen des Tracheallumens durch den Ringknorpel gelegt, und daß nachher durch Narbenbildungen am Ringknorpel eine Stenose bedingt wird, die auch das Decanulement in erheblichem Maße erschwert. Weiter kommt es vor, daß die Trachealwunde nicht genau in die Mitte gelegt wird, sondern lateralwärts, und daß durch die narbige Schrumpfung der lädierten Knorpel sich eine Art Sporn bildet, der in das Lumen der Trachea hineinragt und diese verengert. Es muß also zunächst unter allen Umständen genau auf laryngoskopischem, autoskopischem oder tracheoskopischem Wege festgestellt werden, woran das erschwerte Decanulement liegt. Die Granulationen werden mit der schneidenden Zange oder dem scharfen Löffel entfernt, dies genügt schon in den meisten Fällen, um das Decanulement gelingen zu lassen. In den anderen Fällen von Narbenstenosen ist die Nachbehandlung mit der O'Dwyerschen Intubationskanüle vielfach sehr empfehlenswert. Ich erwähne einen Fall, wo auch das Decanulement absolut unmöglich war und wo die Ursache des erschwerten Decanulements in einer Narbenstenose zu suchen war, die durch eine nicht ganz korrekt angelegte Tracheotomiewunde bedingt wurde. Wir haben dann das Kind mit der O'Dwyerschen Tube behandelt, haben versucht, die Tube immer länger liegen zu lassen, bis wir schließlich die Tube 18 Tage hindurch ohne jeden Schaden liegen lassen konnten; als sie dann nach 18 Tagen beseitigt wurde, war das Kind geheilt. Das Kind ist jetzt seit 5—6 Monaten aus unserer Behandlung entlassen; wir kontrollieren es noch öfter und können das Resultat als vollständig gelungen bezeichnen.

Ein weiterer Fall aus letzter Zeit betrifft einen an Oberkieferresektion operierten Pat., bei dem zwecks Narkose eine präliminare Tracheotomie gemacht worden war. Die Inzision hatte den Ringknorpel getrennt. Auch hier war ein Decanulement unmöglich; erst durch die geduldige und langwierige Nachbehandlung mit Schrötterschen Bougies und O'Dwyerschen Tuben gelang es schließlich, dauernde Heilung zu erzielen. Mir ist das Verfahren, das der Vortragende erwähnt hat, eine adstringierende Masse um die Tube zu streichen, neu; ich habe im Augenblick nicht genau in der Erinnerung, woraus diese zusammengesetzt ist.

Garlipp: Um den Hals der Kanüle wird erwärmte Gelatine gelegt. In die weiche Gelatinemasse wird gepulverter Alaun gedrückt und dann die Masse trocknen gelassen.

Börger: Ja, die Wirkung des Alauns kommt doch nur insofern in Betracht, als es ätzend wirkt und eventuelle Granulationen oder Ulzerationen beseitigt. Die Dilatation der verengten Trachea kann nur durch die mechanische Wirkung der Tube bewirkt werden.

Garlipp: Das Alaun soll in solchen Fällen adstringierend wirken, wenn irgendwelche Geschwüre da sind.

Kob: Meine Herren, bezüglich der Behandlung mit Bókayschen Tuben in dem zweiten Falle möchte ich noch einiges sagen. Wer die Vorteile der Intubation kennen gelernt hat, wie wir in unserer Klinik, wo wir ausschließlich intubieren, der wird versuchen, auch alle Mängel, die der Intubation noch anhaften, zu beseitigen. Zu diesen Mängeln gehört ohne Zweifel auch die Möglichkeit der Bildung von Decubitusgeschwüren. Wir haben nun in diesen Bókayschen Tuben ein ausgezeichnetes Mittel, um weiter intubieren zu können und dabei doch die Geschwüre zu heilen.

Ich möchte bei dieser Gelegenheit darauf hinweisen, daß nach unseren Erfahrungen auf der Klinik diese Behandlungsweise sich auf das beste bewährt hat. Ich habe einen Fall in besonderer Erinnerung, wo die Tube 178 Stunden auf immer kürzere Pausen der Extubation gelegen hatte. Es hatte sich Decubitus gebildet, und ich wandte mich nun zu der Behandlung mit Alauntuben. Nach 72 Stunden Liegedauer des Tubus — dazwischen waren allerdings beträchtliche

Zwischenräume — oder, anders ausgedrückt, nach 7 Tagen der Behandlung mit Gelatine-Alaun-Tuben heilten die Decubitusgeschwüre und das Kind ist nachher vollkommen gesund entlassen und gesund geblieben. Ich will diesen Fall anführen, um zu erklären, daß ich nicht ganz die Ansicht teile, die Herr Geheimrat von Ranke auf der letzten Versammlung deutscher Naturforscher und Ärzte ausgesprochen hat, daß man nämlich, wenn Decubitus sich entwickele, zunächst eine sekundäre Tracheotomie machen und nun schon nach 2 oder 3 Tagen bereits erneut intubieren sollte. Ich halte das nicht für ganz rationell; ich halte es für viel konsequenter, wie wir es in ähnlicher Weise schon längst tun, daß man von der Tracheotomie absieht und gleich die Tubenbehandlung mit Alaun anwendet. Damit erreicht man ganz günstige Resultate und kann die Tracheotomie vollkommen entbehren. Auf unserer Klinik sind in den letzten 3—4 Jahren überhaupt keine sekundären Tracheotomien mehr gemacht worden, außer wenn Kinder in extremis eingeliefert wurden, bei denen die Respiration stillstand, oder bei Säuglingen und Schwächlingen des zweiten Lebensalters, oder wenn ein intubationskundiger Assistent gerade nicht anwesend war.

Salzwedel erwähnt, daß die Granulationswülste, die wie Klappen hin- und herflattern und wohl nicht nur durch Luftabschluß, sondern auch durch den Kitzel, der durch das Flattern verursacht wird, bzw. durch reflektorischen Reiz das Decanulement erschweren, auch im oberen Wundwinkel und dort so hoch sitzen können, daß sie von außen nur schwer zu erkennen sind. Durch Wegnahme solcher hochsitzenden Granulationen am oberen Wundwinkel durch Ätzung oder mit dem scharfen Löffel dürfte man gelegentlich eine längere Zeit dauernde Tubagebehandlung ersparen können.

Garlipp: Es handelte sich in diesem Falle weder um Granulationen, noch um eine Durchschneidung des Ringknorpels, noch um eine falsche Schnittführung, sondern, wie gesagt, um eine Nekrose eines Trachealknorpels.

IV. Monats-Chronik.

Pankow. Eine **Walderholungsstätte für Säuglinge** unter Leitung von Dr. Rohardt ist vom Vaterländischen Frauenverein eröffnet.

Schöneberg. Der Magistrat hat die Errichtung einer eigenen **städtischen Kinderheilstätte an der See** in Aussicht genommen. — Im Auguste Viktoria-Krankenhaus wird für die leichterkrankten Kinder **Schulunterricht** erteilt werden.

Metz. Der Gemeinderat hat die Anstellung von **vier Schulärzten** beschlossen. Jedem derselben sind etwa 1000 Schulkinder zugewiesen, die monatlich mindestens zweimal auf ihren Gesundheitszustand untersucht werden müssen. Jeder Arzt erhält dafür jährlich 2000 Mk. Die Anstellung eines Zahnarztes wurde abgelehnt.

Tübingen. Zur Gründung eines **Säuglingsheims** hat sich ein Komitee gebildet.

Neinstedt. Eine **Anstalt für Geistesschwache und Epileptische** wird am 1. November eröffnet. Sie ist dem Elisabethstift angegliedert und erhält ein besonderes Schulgebäude für geisteskranke Kinder.

Wien. Ein **neues Kinderspital** in Verbindung mit dem Franz Joseph-Spital ist am 18. d. M. eröffnet.

Rom. Hier hat sich eine Gesellschaft gebildet zur Förderung des **Studiums der Photo-Radiotherapie.** Dieselbe eröffnet in den nächsten Tagen eine eigene Heilstätte zu diesem Zwecke unter der Leitung des Dr. Rudolf Steiner, eines Wiener Dermatologen, der auch vom römischen Landtage mit der systematischen Bekämpfung des Favus mittels Strahlen in der Provinz Rom, wo über 10000 Kinder von dieser Krankheit befallen sind, beauftragt wurde.

(Münch. med. Wochenschrift.)

Verantwortlicher Redakteur: Dr. Eugen Graetzer in Friedenau-Berlin. — Verlag von Johann Ambrosius Barth in Leipzig. — Druck von Metzger & Wittig in Leipzig.

Centralblatt für Kinderheilkunde.

Eine Monatsschrift für praktische Ärzte.

XI. Jahrgang. 1. November 1906. No. 11.

I. Originalbeiträge.

Über Rhinitis und Rhinopharyngitis im frühen Kindesalter.

Von

S.-R. Dr. **L. Fürst** (Berlin).

Als Stilling seinerzeit eine Tinktionsflüssigkeit, das Pyoktanin (Methylviolett), ein Gemenge verschiedener Anilinfarbstoffe, in der Augenheilkunde klinisch zu verwenden suchte, stellte sich heraus, daß tatsächlich schon eine schwache Lösung (1:1000—5000) antiseptisch und eiterzerstörend wirkte. Diese bakterientötende bzw. hemmende Wirkung erregte damals auch in weiteren ärztlichen Kreisen Interesse. Denn man hatte durch bakteriologische Untersuchungen festgestellt, daß manche Farbstoffe, und zwar außer dem Methylviolett das Cyanin, Malachitgrün usw. auf Kulturen stark entwicklungshemmend, wenn auch nicht phorizid wirken. Die Kinderheilkunde insbesondere zog daraus Nutzen, indem sie seinerzeit Mandelentzündungen und Pharyngolaryngitiden durch Pinselung mit diesem bis dahin nur bakteriologisch verwendeten Färbemittel, sowie mit Methylenblau (salzsaures Tetramethyldionin) recht erfolgreich behandelte. Trotzdem kam diese Tinktionsmethode in unverdiente Vergessenheit. Die letzterwähnte Lösung fand dann nur noch intern und subkutan [1]) bei Erwachsenen Verwendung, so daß das Methylenum caeruleum medicinale (Merck) aus dem Arzneischatz des Pädiaters wieder verschwand, obwohl man es nicht zu den obsoleten Mitteln zählte.

Neuerdings aber ist den Ärzten wieder die halb vergessene Tinktionsmethode in Erinnerung gebracht worden. [2]) Denn man hatte mit der örtlichen Anwendung von adstringierenden Lösungen (Acid. tannicum) und von Höllensteinlösung, auf deren keimtötende Wirkung man große Hoffnung gesetzt hatte, wenig Erfolg gesehen, die von Günther vorgeschlagene Pinselung mit Tinct. Pimpinillae verlassen und die von Sandahl angegebene Pinselung mit Tinct. Capsici annui (spanischem Pfeffer) selbst in starker Verdünnung viel zu reizend, zumal für das Kind, gefunden. Auch eine 1%ige Lösung von essigsaurer Tonerde eignete sich nicht zur örtlichen Applikation bei Kindern zarten Alters.

Nur das übermangansaure Kali, ein Tinktionsmittel von schwach

[1]) Ehrlich, Lippmann, Gattermann u. a.

[2]) Fabrik Voit & Co., Schwanthaler Str. 77, München.

antiseptischer Beschaffenheit, lenkte die Aufmerksamkeit allmählich auf die Tinktionsmethode zurück und trug dazu bei, ihr wieder Freunde aus pädiatrischen Kreisen zuzuführen.

Die Idee, welche Voit verfolgte, war darum eine zeitgemäße und glückliche, weil sie das Methylenblau mit einem altbewährten natürlichen Tinktionsmittel, dem Extractum Myrtilli compositum (e fructibus), dem aus Vaccinium Myrtillus (der Heidelbeere) gewonnenen Extrakt verband, also den gerbstoffhaltigen roten Farbstoff der Heidelbeere mit einem 0,1 %igen Zusatze von Methylenblau. Aus diesem Grunde des Zusammenwirkens zweier Farbstoffe nannte man dieses Extr. Myrt. comp. „Tinktin“ und die Methode, zu der man damit anregen wollte, „Tinktionstherapie“ und bezeichnete es als deren Aufgabe, durch örtliche Applikation Schleimhauterkrankungen zu bekämpfen, die — wie man allgemein annimmt — bakterielle Ursachen haben, insbesondere die Rhinitis, Rhinopharyngitis und Amygdalitis.

Da dies gerade Zustände sind, die im Säuglings- und frühen Kindesalter bedenkliche Folgen haben können, so hielt ich es für geraten, dies — an und für sich unschädliche — Mittel zu prüfen. Versuchsmaterial wurde mir bereitwillig zur Verfügung gestellt. Meine Versuche sind freilich nicht zahlreich; sie betrafen aber doch einige sehr charakteristische Fälle, bei denen es mir gelang, die höchst peinlichen primären und konsekutiven Symptome teils ganz zu beseitigen, teils erheblich zu mildern.

Um auf die Heidelbeeren zurückzukommen, so liegen verschiedene Analysen vor, die natürlich differieren, je nachdem es sich um die frische Frucht, die getrocknete Beere oder den Saft handelt. Ich will die Resultate zur Erleichterung des Vergleichs zusammenstellen, und zwar stets in Prozenten:

	Wasser	Stickstoffsubstanz	Freie Säure	Invertzucker	Sonstige N-freie Stoffe	Holzfaser (auch Kerne)	Asche (Mineralstoff)	Pentosan (Zuckermengen)	Pektin
Frische Heidelbeeren. Nach König	78,36	0,78	1,66	5,02	0,87	12,29	1,02	—	—
Mittel aus Analysen von Fresenius (1855), „ Margold (1861), „ Omeis (1889), „ Kulisch (1893), „ Atwater u. Bryant (1895)	81,85	0,77	1,37	5,29	—	—	0,71	—	0,49
In der Trockensubstanz	—	0,82 (wasserlösl.)	—	29,15	—	—	—	—	—
Getrocknete Heidelbeeren. Nach Kayser ca. 1886	9,14	—	7,02 (Weinsäure)	20,13	—	—	2,48	0,76 bis 1,28	—

Die Asche enthielt 0,045 Eisenoxyd,
0,037 Manganoxydul,
0,191 phosphors. Kalk.

Der Heidelbeersaft enthält (im Mittel) nach 4 Analysen von Kayser, Omeis, Moritz und Weigert



10,60 % Extrakt,
6,27 „ Zucker,
1,13 „ Freie Säure (Apfelsäure),
0,287 „ Mineralstoffe.

Aus dieser Zusammenstellung ergibt sich aber auch die Begründung für die Vereinigung der zwei angegebenen Mittel. Es wird dadurch ein gleichmäßig und intensiv färbendes Präparat gesichert.

Für das Extr. Myrtilli comp. dürfte nach alledem der reichliche Zuckergehalt, die freie Säure und der Gehalt an Mineralstoffen in Frage kommen, wenn auch dem charakteristischen Gehalt an Farbstoff und an Stickstoffsubstanz die gebührende Bedeutung nicht abzusprechen ist. Danach ist die Heidelbeere ein an Nährwert reiches Genußmittel, in Form des Beerweines sogar sehr beliebt, zumal für Blutarme, denen der Eisenmangangehalt zugute kommt. Sie ist zugleich ein Mittel, welches bei Mund-, Zahnfleisch- und Rachenentzündungen leicht adstringiert, die geschwellte Schleimhaut (zumal des Gastrointestinalkanals) abschwellen läßt, also auch seinen alten Ruf als volkstümliches Antidiarrhoicum sehr wohl rechtfertigt. Da das Extrakt etwas schmerzstillend und desinfizierend wirkt, wozu vielleicht der Gerbsäuregehalt beiträgt, so ist es verständlich, daß man versucht, es auf zugänglichen Stellen der Schleimhaut direkt zu applizieren, teils um ihre Empfindlichkeit und Reizbarkeit abzustumpfen, teils auch, um eventuell pathogene Keime in ihrer Entwicklung zu hemmen.

Aus diesen Gründen hat man, nicht ohne eine gewisse Berechtigung, vorgeschlagen, die akute Rhinitis, die Säuglingen und jüngeren Kindern schwere Atmungsstörungen zu verursachen pflegt, durch Pinselungen mit Extr. Myrtill. comp. zu behandeln. Schon Henoch hatte darauf hingewiesen, daß Erstickungs- und Orthopnoëanfälle beim Säuglingsschnupfen nicht selten sind, und Kußmaul sah infolge des an sich scheinbar harmlosen Katarrhes sogar Pneumonie entstehen. Die syphilitische Koryza bei Lues congenita hat bekanntlich ähnliche Gefahren im Gefolge. Auch weiß jeder Kinderarzt aus Erfahrung, daß die katarrhalische Stenose der Nasenhöhle erschwertes Atmen, Saugen und Trinken mit sich bringt, so daß die Kinder trotz Fütterung mit dem Löffelchen oder mit dem elastischen Katheter der Ernährungsstörung erliegen können. Ähnlich ungünstige Folgen kann die katarrhalische Schwellung der Schleimhaut im Nasenrachenraum und die akute Amygdalitis haben.

In solchen Fällen habe ich nun bei einigen Säuglingen und bei Kindern in den ersten Lebensjahren diese Pinselungen mit Erfolg angewendet, selbstverständlich, nachdem ich vorher unter größter Schonung Einspritzungen oder Pinselungen von lauem, schwach salzigem Wasser vorangeschickt hatte, um die kranke Stelle von Schleim, Krustchen usw. zu befreien. Eine 5—6 mal täglich erfolgende lokale Behandlung hatte, soweit meine Beobachtungen reichten, eine den Prozeß abkürzende, zum Teil selbst kupierende Wirkung, so daß die Kinder schon nach 1—2 mal 24 Stunden wieder einer völlig

unbehinderten Nasenatmung und Nahrungsaufnahme sich erfreuen konnten. Bei einiger belehrender Einübung kann man die leichten Handgriffe auch intelligenten Müttern beibringen, so daß diese selbst, zumal des Nachts, genau nach der Anordnung des Arztes verfahren können. Bei etwas größeren Kindern kann man den Nasenrachenraum und die Mandeln auch sehr gut durch Gurgelungen mit diesem Extrakt (1 Kaffeelöffel auf 1 Tasse Wasser) behandeln. Das Mittel ist an sich unschädlich, nur verfärbt sich beim Schlucken der Urin und man muß zum mindesten die Mütter vorher auf diese Erscheinung aufmerksam machen.

Daß die Verwendung des Extr. Myrtilli bei Anginen gute Erfolge aufzuweisen hat, ist schon von Winternitz ausführlich auseinandergesetzt worden. Auf der Tinktionskraft, dem Eindringen in die Gewebe, beruht, wie anzunehmen ist, ein Teil der schmerzstillenden, Schwellung und Reaktion verringernden Wirkung. Es schien mir deshalb angezeigt, diese gerade in den Fällen zu erproben, in welchen die normale Engigkeit der Atmungswege bei Schleimhautschwellung nicht nur schwere respiratorische Störungen mit sich bringt, sondern auch indirekt die Ernährung an der Brust oder mit der Flasche außerordentlich erschwert.

II. Referate.

Stan. Droba u. Paul Kucera, Die epidemische Genickstarre in Galizien 1905. (Das ärztliche Jahrbuch. Bd. 1. Heft 1. Krakau.) Von der Behörde mit der Erforschung wissenschaftlicher Fragen anläßlich obenerwähnter Epidemie betraut, legen Verff. in einem stattlichen Bande die Ergebnisse der Forschung vor. Es kann nicht von einer kurzen Besprechung das Eingehen in alle Details verlangt werden, die mit seltenem Fleiß und Hingabe an den Gegenstand in langen mühevollen Untersuchungen zusammengebracht worden sind. Es sei darum gestattet, bloß in Kürze und auszugsweise auf die wichtigsten therapeutischen, diagnostischen und prophylaktischen Schlußfolgerungen hinzuweisen, den aber nähere Details fordernden Forscher auf das Werk selbst aufmerksam zu machen.

Als Ursache der epidemischen Genickstarre wurde in 96,8 % der untersuchten Fälle der von Weichselbaum angegebene Micrococcus intrac. meningitidis konstatiert. Insgesamt kamen zur Untersuchung 64 Fälle, davon 62 mit oben angegebenem Befunde, in den zwei negativen Fällen war die Zerebrospinalflüssigkeit steril.

Verff. teilen die Bilder des Verlaufes der Krankheit mit Berücksichtigung der makroskopischen und zytologischen Untersuchung des Liquor cerebr. spinalis in drei Gruppen ein:

a) Die rapid verlaufenden Fälle zeichnen sich durch den verhältnismäßig wenig getrübten Liquor aus, bei größerem Prozentgehalt von Epithelien, geringer Menge der Mikroben und sehr geringem Prozentgehalt der von den Kokken gekennzeichneten Eiterkörperchen.

b) Die 2 Tage bis 2 Wochen dauernden Fälle haben einen eitrigen oder stark getrübten Liquor bei großer Menge von intra- oder extrazellulär gelagerten Kokken und geringem Prozentgehalt an Lymphozyten.

c) Die chronischen oder in der Rekonvaleszenz begriffenen Fälle weisen leicht getrübten Liquor auf mit bedeutender Lymphozytenmenge und geringer Anzahl von durch Kokken gekennzeichneten Eiterkörperchen.

Vom makroskopischen Bilde aus eine Prognose über den Verlauf und dessen Intensität zu stellen, ist unmöglich, ebensowenig ist die Menge der vorgefundenen Meningokokken ausschlaggebend. Im Liquor hält sich der Meningokokkus durch 2—3 Monate. Außerdem wurde die Anwesenheit desselben konstatiert im Nasensekret der erkrankten Personen, ferner der gesunden Umgebung und der vom Krankheitsherde angekommenen Personen. Die Infektionsquelle ist also immer das Nasensekret. Lebend erhält sich der Meningokokkus auf der Nasenschleimhaut bei Erkrankten 2—6 Tage vom Erkrankungstage, bei Gesunden 2—8 Tage vom Auftreten der Krankheit in der Familie, 20—79 Tage vom Momente der Infektionsmöglichkeit. Die Nasenschleimhaut ist, wenn nicht die einzige, doch wichtigste Eingangspforte, von wo der Krankheitserreger durch Lymphbahnen direkt in die Hirnhäute gelangt.

Wird bloß das mikroskopische Bild in Betracht gezogen, so können Fehldiagnosen durch Verwechslungen mit folgenden Kokken unterlaufen: 1. Micrococc. meningitid. spurius, 2. Micrococc. catarrh., 3. Micrococc. vulgaris.

Der spezifische Krankheitserreger lebt aber nicht konstant auf der Nasenschleimhaut; in von der Epidemie niemals heimgesuchten oder von derselben längst verlassenen Gegend wurde der Meningokokkus niemals vorgefunden.

Eine lange Reihe von Untersuchungen und Beweisen spricht dafür, daß die Ausbreitung der Krankheit nicht so sehr durch Erkrankte als vielmehr durch gesunde, der Umgebung des Kranken entstammende Personen vermittelt wird. In dieser Beziehung wirkte der Verkehr von Arbeitern zwischen Schlesien und Galizien fördernd auf die Ausbreitung der Epidemie.

In Zimmertemperatur kann der Micrococcus meningit. durch 2—5 Tage in feuchtem Zustande lebend sich erhalten, ausgetrocknet nicht länger als 24 Stunden. Bei der Übertragung spielt die hauptsächlichste Rolle die durch die Mikroben verunreinigte Luft, ferner die durch das Nasensekret beschmutzten Gegenstände.

Als Komplikationen wurden bei der Nekropsie konstatiert Pericarditis und Gonitis, hervorgerufen durch den Meningokokkus, ferner Miliartuberkulose und lobuläre Pneumonien.

Das Einimpfen auf Tiere verschiedener Gattung und Alters mißlang immer.

Auf die therapeutischen Ergebnisse übergehend, weisen die Verff. der Lumbalpunktion bloß einen symptomatischen Erfolg zu, das Mortalitätsverhältnis derart Behandelter ist sehr hoch (63,63 %).

Zum Schlusse geben die Verff. einige Winke, wie man dem Ausbreiten der Krankheit am besten Halt gebieten könnte:

1. Das Nasensekret, der Speichel, die Taschentücher sind der Desinfektion zu unterziehen. Die Hände sind nach jeder Berührung des Kranken oder der durch ihn benutzten Gegenstände zu waschen und zu desinfizieren.

2. Die Erkrankten sind zu separieren.

3. Theoretisch sollte die gesunde Umgebung — nach Verff. Ansicht die Hauptquelle der Weiterverbreitung — ebenfalls isoliert werden. Da es aber nicht gut tunlich ist, ist der Infektionsmodus womöglich den breitesten Schichten der Bevölkerung bekannt zu geben.

4. Da das eingetrocknete Virus sehr schnell zugrunde geht, ist Formalindesinfektion der Wohnung überflüssig, höchstens wäre der Fußboden mit Kalkmilch oder Karbolsäure zu waschen. Das Spucken auf den Fußboden ist zu verbieten. Gabel (Lemberg).

J. Ruhemann (Berlin), Zur Behandlung der epidemischen Genickstarre. (Berliner klin. Wochenschrift. 1905. Nr. 18.) R. empfiehlt das Natr. jodicum, das ihm bei einem Falle von Zerebrospinalmeningitis eklatante Dienste erwies. Es handelte sich um einen 13jährigen Knaben, bei dem 7 Ärzte die gleiche Diagnose stellten. Das Krankheitsbild war ein sehr schweres, das Leiden äußerst hartnäckig, alle angewandten Mittel varsagten, so daß der behandelnde Arzt keine Hoffnung auf Genesung mehr hatte. R. wurde nunmehr zu Rate gezogen. Er fand das Kind benommen, hoch fiebernd, zyanotisch, mit Kontrakturen an Armen und Beinen usw. R. verordnete eine Lösung von 2,5 g Natr. jodic. auf 150,0 Wasser, 2—3mal täglich $^1/_2$ Eßlöffel. Schon nach dem ersten Einnehmen wurde die Temperatur normal und blieb es, die furchtbaren Kopfschmerzen hörten auf, sehr bald schwanden auch die Kontrakturen und Nackenstarre, Patient wurde binnen kurzer Zeit vollständig gesund und blieb es auch und entwickelte sich durchaus normal weiter.

Wenn auch die Zerebrospinalmeningitis und besonders die Fälle, die einen subakuten Verlauf nehmen, einer spontanen Heilung fähig sind, so war doch hier das Aufhören des Fiebers und die Abheilung der sonst doch so schwer zu beseitigenden spastischen Paresen so auffallend prompt, daß man an die Wirkung des Natr. jodic. glauben mußte; auch das Ausbleiben zerebraler Nacherscheinungen war bemerkenswert.

Natr. jodicum zeichnet sich dadurch aus, daß es in kurzer Zeit sein gesamtes Jod in statu nascendi abgibt und stark bakterizid wirkt. Man kann es per os geben in etwa gleichen Dosen wie Jodkalium: von einer Lösung 4,0 : 200,0 3—4 mal täglich einen Eßlöffel.[1]) Die subkutanen Injektionen schmerzen nicht; R. hat bisher 3200 Injektionen gemacht, ohne je schädliche Wirkungen zu sehen. Er hält das Mittel auch für indiziert bei epidemischer Genickstarre; Schaden wird man nicht stiften, eventuell aber bedeutenden Nutzen, der sich jedenfalls auf die Verhinderung des Eintretens bzw. der Beseitigung

[1]) Gemeint sind hier offenbar die Dosen für Erwachsene. Ref.

bleibender Gehirnstörungen erstrecken wird. Bei der Unmöglichkeit, per os Medikamente zu nehmen, wird man anfangs 2—3 mal am Tage das Mittel subkutan anwenden (von einer Lösung Natr. jodic. 1,0:20,0 mit Zusatz von 0,3 g Eucain jedesmal 1—2 ccm, und zwar in möglichster Nähe des Kopfes, in die Stirn, an Hals, Schultern usw.) Nach Wiederkehr des Bewußtseins gibt man dann Natr. jodic. intern (4:200) und macht zur Unterstützung vielleicht noch täglich eine Injektion.

Grätzer.

Th. Escherich, Die Anwendung der Pyozyanase bei der Behandlung der epidemischen Säuglingsgrippe und der Meningitis cerebrospinalis. (Aus der k. k. Universitäts-Kinderklinik in Wien.)

L. Jehle, Über das Entstehen der Genickstarreepidemie. (Wiener klin. Wochenschrift. 1906. Nr. 25.)

E. versuchte das vom Lingnerschen Laboratorium (Dresden) hergestellte neue Präparat, die Pyozyanase, erst gelegentlich einer auf der Säuglingsabteilung herrschenden Grippeepidemie. Nachdem ein Kind erkrankt war und mehrere andere nachgefolgt waren (Pfeifferscher Mikrokokkus gefunden!), wurden sämtlichen Säuglingen je fünf Tropfen Pyozyanase in jedes Nasenloch eingeträufelt, worauf weitere Erkrankungen sistierten und die Kokken im Nasensekret nicht mehr nachweisbar waren. Die mit den gewonnenen Reinkulturen angestellten Versuche ergaben, daß der Pyozyanase eine elektiv entwicklungshemmende und tötende Einwirkung auf den Micrococcus catarrhalis (und ebenso auf den Meningokokkus) zukommt, während andere pathogene Keime sich als viel widerstandsfähiger erwiesen. Es wurde nun auch bei Patienten mit Meningitis cerebrospinalis das Mittel benutzt. Maßgebend dafür war der Umstand, daß der Meningokokkus dem Mikrococcus catarrhalis biologisch sehr nahe steht, daß die Infektion der Meningokokken ähnlich wie die der Grippe wahrscheinlich in den ersten Respirationswegen erfolgt und dort ähnliche Krankheitserscheinungen verursacht. Es war zu erwarten, daß durch die Abtötung der in der Nase und dem Nasenrachenraum vorhandenen Meningokokken der Infektionsträger unter Umständen vor einer Erkrankung an Meningitis behütet werden kann, daß dadurch auch die Infektion der Umgebung verhindert, und daß unter der Voraussetzung, daß alle vorher mit dem Kranken in Berührung gekommenen Personen oder zum mindesten diejenigen, in deren Nasen Meningokokken nachgewiesen werden, bis zum Verschwinden der Krankheitserreger isoliert und behandelt werden, vielleicht der hauptsächlichste Verbreitungsmodus der Seuche beseitigt werden könnte. Die elektive Wirksamkeit des Mittels gegenüber dem Meningokokkus legte auch den Gedanken nahe, bei der schon ausgebrochenen Meningitis durch Injektion der Pyozyanase in den Rückenmarkskanal die eingedrungenen Keime zu töten. Die Durchführung der intraduralen Injektionen bietet keinerlei Schwierigkeiten, das Mittel wurde auch in Dosen von 3—5 ccm gut vertragen; Reizerscheinungen und Kollapse kamen ja vor, gingen aber rasch vorüber. In den meisten Fällen war nach der Lumbalpunktion und der anschließenden Injektion von Pyozyanase Abnahme des

Fiebers und Besserung der nervösen Erscheinungen zu konstatieren, jedoch war dies nicht immer der Fall, und es konnte leider auch in früh und energisch behandelten Fällen nicht der Exitus verhindert werden. Es wurden nach der Injektion auch bakteriologische Untersuchungen der Punktionsflüssigkeit vorgenommen; meist wurde Verminderung der Bakterien, ja völliges Verschwinden derselben konstatiert. In den schwersten Fällen war dies freilich nicht zu erreichen, und man kann daher nicht sagen, daß eine sichere Abtötung der in die Hirnhäute eingedrungenen Meningokokken durch Pyozyanase gelingt. Dagegen ergaben die an der Nase und im Nasenrachenraum angestellten Desinfektionsversuche einen sehr befriedigenden Erfolg, indem meist schon nach einmaliger gründlicher Ausgießung derselben mit 5—20 Tropfen Pyozyanase bei den erkrankten Kindern Meningokokken 24 Stunden später nicht mehr nachweisbar waren; bei älteren Kindern wurden größere Dosen, 1—2 ccm, in jedes Nasenloch gebracht, event. mittels des von E. angegebenen Sprays. Die Behandlung ist einfach und wenig kostspielig, so daß auch die anscheinend gesunden Personen der Umgebung des Patienten derselben unterzogen werden können. Es ist kaum daran zu zweifeln, daß mit dem Verschwinden der Meningokokken aus dem Nasensekret nicht nur der Infizierte vor der drohenden Gefahr der Meningitis geschützt ist, sondern auch die Umgebung des Kranken vor der Ansteckung behütet und die Verbreitung der Seuche durch gesunde Zwischenträger verhindert werden kann.

J. hat auf einer Studienreise, die er auf Anregung Escherichs, seines Chefs, nach Orlau unternahm, sehr interessante Beobachtungen gemacht. Zunächst konnte er wieder konstatieren, daß zeitlich aufeinander folgende Erkrankungen räumlich in der Regel voneinander getrennt sind, daß demnach ein Infektionsweg, wie er bei Scharlach oder Masern vorkommt, bei der Genickstarre absolut nicht in Betracht kommen kann. Kinder sind hier als Infektionsträger auszuschließen. Es müßte ja sonst zu Schulepidemien, ferner in den kinderreichen Arbeiterkolonien zu deutlichen Infektionsherden kommen, da ja gerade Kinder sich mehr in der Umgebung ihrer Wohnung aufhalten und dort spielen. Nur Erwachsene, insbesondere die Eltern der Kinder als Zwischenträger können an der Weiterverbreitung der Krankheitsfälle schuld sein und infizieren ihre eigenen oder fremde Kinder. J. beobachtete, daß in weitaus überwiegender Mehrzahl nur Kinder erkrankten, deren Väter in ein und derselben Grube beschäftigt waren, während die vielen anderen Kinder von Arbeitern anderer Schächte gesund blieben, obwohl sie innerhalb der Arbeiterkolonien räumlich oft ganz dicht mit den Kindern der betroffenen Familien zusammenlebten. So können wir uns jetzt auch die anscheinende Regellosigkeit und das Sprunghafte des Auftretens der Erkrankungen im Epidemiegebiet für die Mehrzahl der Fälle leicht erklären. Daß selbstverständlich versprengte Krankheitsfälle auch in Familien anderer Schachtarbeiter vorkamen, ließ sich leicht darauf zurückführen, daß für eine Anzahl Arbeiter verschiedener Schächte der Weg zu und von der Arbeitsstelle ein gemeinsamer ist. Die Grube spielt aber für die Genickstarre eine ähnliche Rolle,

wie die Schule für die anderen Infektionskrankheiten. Sie ist das Zentrum, von dem die Erkrankungen ihren Ausgang nehmen. Ist in eine Grube von irgend woher ein Meningokokkenträger gelangt, so infiziert er durch seinen Auswurf seine Mitarbeiter in derselben Grube, und diese bringen aus ihr, ohne selbst zu erkranken, die Krankheitskeime in ihre Familien. Indirekte Ansteckungen innerhalb der Grube sind deswegen durchaus nicht ausgeschlossen, weil der Schacht mit seiner Wärme, Feuchtigkeit usw. einen riesigen Brutschrank darstellt. Die Erkrankung des Kindes zu Hause erfolgt gewiß durch das Ausspucken von seiten des heimkehrenden Vaters, der als Bergarbeiter ja oft genug an Pharyngitis leidet. Dies Ausspucken und Schnäuzen ist bei Kindern selten, deshalb ist auch eine Übertragung von Kind zu Kind so selten. So finden auch zwei weitere Tatsachen ihre Erklärung: das Auftreten der Meningitis fast nur in Gegenden mit Bergwerksbetrieb und das Ansteigen der Fälle während der Herbst-, Winter- und Frühjahrsmonate, in denen die Auswurf verursachenden Erkältungskrankheiten an der Tagesordnung sind. Es kann nun auch nicht mehr überraschen, daß die bisherigen Maßnahmen gegen die Ausbreitung der Genickstarre so wenig nützten. Die Infektionsträger, die Erwachsenen, ließ man sich frei bewegen und versuchte nie die Behandlung dieser Infektionsquelle. Es müßten richtigerweise die Arbeiter aus einer betroffenen Familie so lange von der Arbeit ferngehalten werden, bis sie durch energische Behandlung als Infektionsträger ausgeschaltet worden sind. Grätzer.

John Lovett Morse, Comparitive Symptomatology of Tuberculous and Cerebrospinal Meningitis in Infancy. (Journ. Amer. Med. Ass. Vol. XLVI. Nr. 25.) M. analysiert 40 Fälle aus seiner Klientel. Die Diagnose wurde in jedem Falle entweder durch Lumbalpunktion oder Sektion festgestellt. Die Hälfte der Fälle war tuberkulös. Eine bedeutende Hebung im Mononuklearzellengehalt in der Zerebrospinalflüssigkeit wurde als charakteristisch für Tuberkulose betrachtet. In 17 von den 20 Fällen von Zerebrospinalmeningitis wurde die Diagnose durch das Vorhandensein des Meningokokkus gestellt.

Der Anfall begann plötzlich mit Konvulsionen oder Sopor in vier tuberkulösen Fällen, dagegen langsam, mit keinen Erscheinungen, die auf das Gehirn die Aufmerksamkeit richteten, in 7 Fällen von Zerebrospinalmeningitis; bloß in 4 Fällen letzterer Art setzte die Krankheit plötzlich ein. Der Verlauf war auffallend kurz, eine Woche oder weniger in 3 Fällen, 2 Wochen oder weniger in 12 Fällen der tuberkulösen Meningitis, dagegen dauerten mehrere Fälle der Zerebrospinalmeningitis mehrere Wochen oder sogar Monate. Die meisten sogenannten typischen Erscheinungen waren in beiden Arten der Meningitis ziemlich gleich, ganz besonders was Temperatur, Puls, Respiration, Erbrechen, Konvulsionen und Schmerzen anbetrifft. Die Genicksymptome, Paralyse, Kernigs Symptom und intrakranieller Druck, waren deutlicher bei Zerebrospinalmeningitis. In den meisten Fällen letzterer Art war die Zerebrospinalflüssigkeit trüber als bei der tuberkulösen Form. Eine positive Diagnose kann nur nach ge-

nauer bakteriologischer Untersuchung der Zerebrospinalflüssigkeit gestellt werden. H. B. Sheffield.

De Hartogh, Morbus Basedowii bei einem 11jährigen Mädchen. (Ned. Tydschrift v. Geneeskunde. 1906. Bd. 1. S. 1568.) Krankengeschichte eines in dem Amsterdamer ärztlichen Vereine demonstrierten Falles von Morb. Basedowii. Diese Krankheit kommt bei Kindern äußerst selten vor. Alle typischen Erscheinungen der Krankheit waren vorhanden. Graanboom.

R. Stegmann, Zur Behandlung des Morbus Basedowii mit Röntgenstrahlen. (Aus dem Rudolfinerhaus in Wien-Döbling.) (Wiener klin. Wochenschrift. 1906. Nr. 3.) S. hat schon früher zwei Fälle von Basedow durch Bestrahlungen der Struma zur Heilung gebracht. Er verfügt jetzt über einen dritten derartigen Erfolg. Bei einem 14jährigen Mädchen, bei welchem alle sonst bei Basedow angewandten Therapieversuche vollständig wirkungslos geblieben waren, wurde durch sieben Bestrahlungen Heilung erzielt.

Diese drei Fälle zeigen also, daß eine Heilung der Basedowschen Krankheit durch Bestrahlung der veränderten Schilddrüse möglich ist. Durch die Bestrahlung des pathologischen Organs findet wahrscheinlich eine Läsion der Drüsenepithelien statt, die jedenfalls zu einer quantitiven und qualitativen Veränderung der Sekretion führt. Es sollte also der ganz unbedenkliche Versuch mit Röntgenbestrahlung bei Basedow nicht unterlassen werden. Grätzer.

A. Holub (Karlsbad), Zur Thyreoidbehandlung des Morbus Basedowii und insbesondere seiner Kombination mit Myxödem. (Aus dem Kaiser Franz Josef-Ambulatorium in Wien.) (Wiener klin. Wochenschrift. 1906. Nr. 19.) H. teilt die Krankengeschichte einer Familie mit, in der die zweitjüngste (16jährige) Tochter wesentliche Züge beider Affektionen vereint zeigte, eine Schwester an deutlichen Zeichen der Basedowschen Krankheit litt, während die übrigen fünf Familienmitglieder, Vater und eine erst 11jährige Tochter ausgenommen, seit ihrer Pubertät mit einer Struma — teils mit, teils ohne Tachykardie — behaftet waren. Bei der 16jährigen Patientin wirkten die Thyreoidintabletten recht günstig ein, ebenso bei einer 19jährigen und einer 26jährigen Schwester.

Schwierig ist die günstige Beeinflussung der myxödematösen Symptome durch Tyreoidea bei gleichzeitig bestehenden Basedowschen Zeichen zu verstehen, und noch schwieriger die günstige Beeinflussung der letzteren durch dieselbe Therapie.

Schon die Tatsache, daß gleichzeitig Myxödem- und Basedowsymptome beim selben Kranken bestehen können, läßt sich mit der Idee, daß die Basedowsche Krankheit einem Hyperthyreoidismus, das Myxödem einem Hypothyreoidismus seinen Ursprung verdanke, nicht vereinbaren. Wir müssen mit Möbius, v. Notthafft und Oswald annehmen, daß es sich beim Basedow nicht so sehr um einen Hyperthyreoidismus, als um einen, wohl gewöhnlich mit Hyperthyreoidismus gepaarten Dysthyreoidismus handle, wobei es nicht unwahrscheinlich ist, daß zwischen beiden Veränderungen kausale Be-

ziehungen bestehen. Nur so können wir es verstehen, daß sich bei bestehendem Morbus Basedowii Zeichen von Mangel normalen Thyreoideasekrets zeigen, die durch Zufuhr von Thyreoidea geheilt werden können.

Die Besserung der Basedowschen Erscheinungen wäre als Folge einer Schonungstherapie in der Weise aufzufassen, daß durch die Zufuhr von Thyreoidea der sekretorische Reiz auf die Schilddrüse verringert würde, und daß durch diese zeitweilige Entlastung dieselbe die Fähigkeit zurückerlange, normales Sekret in normalen Mengen zu erzeugen.

Da ein Teil der Symptome der Basedowschen Krankheit wohl zweifellos auf Hyperthyreoidismus beruht, wofür schon die Ähnlichkeit der Symptomatologie der Thyreoidinvergiftung mit der des Morbus Basedowii, sowie die therapeutischen Erfolge der Strumektomie sprechen, so ist bei Verwendung der Thyreoideapräparate beim Morbus Basedowii äußerste Vorsicht unbedingt geboten. H. würde vorläufig raten, sie nur bei chronischen, nicht zu schweren Fällen zu versuchen. Sie kann aber, wie aus den mitgeteilten Fällen zu ersehen ist, von gutem Erfolge begleitet sein.

Eine strikte Indikation zur Thyreoidbehandlung von Basedowkranken scheinen myxödematöse Begleiterscheinungen zu ergeben.

Grätzer.

F. Siegert, Angebliches kongenitales Myxödem bei normaler Schilddrüse. (Monatsschr. f. Kinderheilk. Juni 1906.) S. hatte 1903 die Diagnose Myxödem gestellt bei einem Knaben aus dem Aussehen, dem körperlichen und geistigen Verhalten, dem Skelettbefund und dem eklatanten Erfolg der Schilddrüsentherapie. Er rekapituliert jetzt den Fall, um nunmehr die richtige Diagnose zu begründen.

Das Kind hatte schon von den ersten Tagen an gedunsenes Aussehen aufgewiesen mit vor den Lippensaum tretender, anscheinend zu großer Zunge. Nase eingesattelt, Augen klein, große Fontanelle, sehr großes Kind, schlaff und apathisch. Später Weichteile ganz allgemein, besonders aber über dem Beckenkamm, vorn an der Achselhöhle, in Form schwammiger Pakete aufgetrieben. Nabelhernie. Hängebauch. Seit dem neunten Monat keine Schweiße mehr. Haare sehr struppig, Augenbrauen spärlich. Mit 20 Monaten fast gleichzeitig zwei vordere obere Prämolaren, mit 22 Monaten der linke, untere mittlere Schneidezahn, mit 24 Monaten zwei untere vordere Prämolaren. Steht, sitzt und geht nicht allein. Spricht kein Wort. Mit 25 Monaten große Fontanelle 4,6/2,2 cm, Kopfumfang nur 46,5 cm, Brustumfang 48 cm, Bauch in Nabelhöhe 57 1/2 cm. Alle Weichteile verdickt, Hände sehr plump, stets Zunge vor dem offenen Mund. Spricht kein Wort. Von der Schilddrüse absolut nichts zu fühlen. Körperlänge 78 cm.

Das Fehlen der Epikanthusbildung am Auge, dessen Lider sehr verdickt waren, die sonst bei Mongolen in gleicher Weise seltene Bildung von schlaffen, myxomartigen Wülsten der Haut in der Umgebung der Axilla und über den Hüften, das apathische Wesen, der offene Mund ließen S. die Diagnose „kongenitale Myxidiotie" stellen. Bei heutiger Kenntnis der Dinge hätten schon damals folgende Zeichen auf die Diagnose „Mongolismus" führen müssen: Die Maße (Körperlänge 78 cm mit 2 Jahren, Kopfumfang 46,5 cm bei 48 cm Brustumfang; also kein Zwergwuchs und zu große Länge für kongenitale

Athyreosis). Prinzipielle Bedeutung für die Diagnose Myxödem gewann die Hand bzw. deren Radiogramm. Mit 2 Jahren ergab sich ein bisher unaufgeklärter Befund. Das vollständige Fehlen aller Epiphysenkerne der Metakarpen und Phalangen, die Existenz allein von Kernen des Capitatum und Hamatum, die ungemeine Plumpheit der Hand, bedingt durch die Dicke der Weichteile, waren hier vereint zu einem Bilde, wie es sich bis dahin stets bei angeborener Athyreosis gefunden hatte, nie aber bei Mongolismus. Nun kam aber noch als besonders wesentlich hinzu der Erfolg der Schilddrüsentherapie. Es hieß damals, daß bei Mongolismus nichts von der Organtherapie zu erwarten sei. Aber bereits 9 Tage nach begonnener Schilddrüsenmedikation brach der erste, 17 Tage später der zweite untere Schneidezahn durch, nach weiteren 14 Tagen ein dritter. Das Kind wurde lebhafter, intelligenter, fing an zu stehen und zu gehen; bald wurde die Beschaffenheit der Weichteile normal, das Wachstum machte große Fortschritte, die Zunge blieb im Munde usw. Dieser Erfolg schien die Diagnose „Myxidiotie“ zu sichern.

Nun starb das Kind 18 Monate nach begonnener Organtherapie an einer Bronchopneumonie. Bei der Sektion fand sich eine durchaus normale Schilddrüse. Erst ein weiterer Fall von bedeutendem Erfolge der Schilddrüsentherapie bei zweifellosem Mongolismus ließ S. jenen Fall wieder aufnehmen. Jetzt muß S. seine damalige Diagnose zurücknehmen und auch jenen Fall für Mongolismus erklären; das Fehlen der Schilddrüse ist für die Diagnose Myxidiotie Bedingung, beim kongenitalen Myxödem handelt es sich um Athyreosis! Der Fall modifiziert unsere Ansicht über das angeblich normale Verhalten der Haut, über die angeblich so gut wie erfolglose Organtherapie beim Mongolismus, der trotz fehlendem pathologischen Befund an der Schilddrüse und bedingt höchstwahrscheinlich durch unfertige, rückständige Gehirnentwicklung doch in manchen Fällen ein in vieler Beziehung dem Myxödem ähnliches Verhalten zeigen kann. Seltsam bleibt das sonderbare Verhalten des Handskeletts in diesem Falle.

Grätzer.

P. Argutinsky (Kasan), Ein Beitrag zur Kenntnis des kongenitalen Myxödems und der Skelettwachstumsverhältnisse bei demselben. (Berliner klin. Wochenschrift. 1906. Nr. 37 u. 38.) Eine sehr interessante und eingehende Arbeit, die im Original durchgelesen werden muß. Hier sei nur der Schlußpassus wörtlich wiedergegeben:

„Somit ergibt sich bei unserem Kranken eine ganze Skala der Grade der Hemmung des Knochenwachstums im Skelett. Diese Hemmungsskala — von der schwächeren Hemmung der Knochenbildung zur stärkeren — gestaltet sich bezüglich der besprochenen Skelettabschnitte, wie folgt:

1. Die knöchernen Rippen, d. h. die langen Knochen des Rumpfes.

2. Die langen Knochen der Extremitäten und die Wirbelsäule.

3. Die knorpeligen Epiphysen der langen Knochen der oberen und unteren Extremitäten.

4. Die knorpeligen kurzen Knochen der oberen (und unteren) Extremitäten, d. h. der Carpus (und der Tarsus).

Diese Reihenfolge scheint durchaus keine zufällige zu sein. Man bekommt im großen und ganzen den Eindruck, daß beim kongenitalen Myxödem im allgemeinen gerade die Skelettabschnitte die geringste Hemmung erleiden, welche normalerweise das intensivste, das energischste Knochenwachstum aufweisen, dagegen die stärkste Hemmung des Knochenwachstums an denjenigen Skeletteilen beobachtet wird, an denen normalerweise die Wachstumsenergie am geringsten ausgesprochen ist.

Dementsprechend sehen wir, daß in den Extremitäten wie im Rumpfe gerade an den langen Knochen, deren normale Längenzunahme während der postembryonalen Entwicklung am bedeutendsten ist, die Wachstumshemmung am geringsten sich zeigt, dagegen in den Epiphysen und den kurzen Knochen die Hemmung bedeutend stärker ausgesprochen ist.

Zugleich aber beobachten wir, daß merkwürdigerweise die langen und die kurzen Knochen am Rumpfe in ihrem Wachstum sich weniger gehemmt zeigen als die ihnen entsprechenden in den Extremitäten. So zeigen die langen Knochen des Rumpfes — die knöchernen Rippen — die geringste Hemmung; wir finden sie länger, als es dem Körperwuchse entsprechen sollte. Die Wachstumshemmung der kurzen Knochen des Rumpfes (= die Wirbelsäule) entspricht derjenigen der langen Knochen der Extremitäten, während an den Epiphysen und kurzen Knochen der Extremitäten (in den Carpalia) die stärkste Hemmung beobachtet wird.

Aus dem Dargelegten ist es auch klar, warum zur Entscheidung der Frage, ob das Myxödem ein kongenitales ist, die röntgenologische Untersuchung gerade der Carpalia eine so hohe Bedeutung erlangt hat.

Das liegt gewiß nicht in der ganz irrigen Annahme, daß die Carpalknochen einen Maßstab für das übrige Skelett bilden. Im Gegenteil, gerade weil das nicht der Fall ist, gerade weil bei kongenitalem Myxödem in den Carpalia die Wachstumshemmung eine hochgradigere ist als in dem übrigen Skelett, und weil die Hemmung der Knochenbildung in den Carpalia sich für eine Reihe von Jahren als eine absolute oder fast absolute erweist, gewinnt die röntgenologische Untersuchung des knorpeligen Carpalskeletts meist eine so entscheidende Bedeutung für die Frage, ob man einen Fall von kongenitalem oder von infantilem Myxödem vor sich hat." Grätzer.

Friedrich Heyn, Ein Beitrag zur Lehre vom Myxödem. (Arch. f. Psych. Bd. 41. Heft 1.) In den letzten 5 Jahren kamen in Uchtspringe sieben ausgesprochene Fälle von kongenitalem oder infantilem Myxödem (sämtlich Mädchen) und fünf weniger ausgeprägte (3 Mädchen, 2 Knaben) zur Behandlung. Sie hatten einen ungestalten Kopf, hängende Augenlider, der Mund stand offen, die aufgequollene Zunge hing vor, die borkige Elefantenhaut des Schädels mit den spärlichen Haaren, die dicke wulstige Haut des blöden Gesichts mit ihren tiefen Falten und Runzeln gaben den Kleinen ein merkwürdig

greisenhaftes Aussehen. Der Körper war im Wachstum zurückgeblieben, die Extremitätenknochen waren verkürzt und gekrümmt, bei manchen auch die Wirbelsäule stark verbogen; die tatzenartigen, plumpen Hände waren zu jeder feineren Greifbewegung unfähig. Eine Schilddrüse war nicht zu fühlen. Fast bei allen bestanden Darmstörungen, bei der Mehrzahl ein Nabelbruch. Sie verharrten stumpf und ohne Regung stundenlang auf irgendeinem Platze. Auf tiefe Nadelstiche erfolgte kaum eine träge Abwehrbewegung. Die sprachlichen Äußerungen glichen einem unverständlichen, weinerlichen Grunzen. Urin und Kot ließen sie unter sich. Die Krankheit bestand meist von Geburt an. Oft waren Lues, Tuberkulose, Potatorium und Psychosen in der Aszendenz. Vier Fälle kamen zur Sektion: zwei typische und zwei weniger ausgesprochene Fälle. Bei beiden typischen Fällen fehlte die Schilddrüse vollständig. Bei allen vier Sektionen fand sich eine starke Verkürzung und Verkrümmung der Extremitätenknochen, der Wirbelsäule und des Brustkorbes. Von einer Veränderung der Hypophysis wurde nichts gefunden. Alle Kranke, bei denen eine andauernde Behandlung möglich war, zeigten „eine ans Wunderbare grenzende" Besserung aller Symptome, der geistigen wie der körperlichen. Besonders zwei waren im wahren Sinne der Wortes nicht wieder zu erkennen. Die Behandlung bestand in folgendem: zunächst allgemeine diätetische Pflege (Milch oder Pflanzenkost), dann in Hinblick auf vielfach wahrscheinlichen luetischen Ursprung des Leidens Jod, dann Thyreoidin (Merck) in Tabletten zu 0,1, erst jeden zweiten Tag eine, dann jeden Tag eine bis zwei Tabletten; bei unangenehmen Nebenwirkungen wurde Arsen gegeben. Herztätigkeit, Urin, Körpergewicht sind genau zu kontrollieren. Phosphorhaltige Eiweißsubstanzen sind zu empfehlen. — Das Myxödemgift schädigt — wie Blutuntersuchungen ergaben — die Zusammensetzung des Blutes, sowie die Blutgefäße.

Kurt Mendel (Berlin).

J. Comby (Paris), Oe mongolisme infantile. (Archives de méd. des enf. Avril 1906.) Die Krankheit ist viel häufiger, als man gewöhnlich annimmt, da der Verf. im Laufe von weniger als 2 Jahren über ein Dutzend von einschlägigen Beobachtungen zu verzeichnen hat. Man kann den kindlichen Mongolismus als eine Abart der angeborenen Idiotie bezeichnen, bei welcher die Kinder eine gewisse Ähnlichkeit mit solchen von gelber Rasse zeigen. Der Zustand wird oft verkannt und mit Myxödem, Rachitismus, Athrepsie usw. verwechselt, so daß eine genaue Statistik noch nicht gut möglich ist.

Der Mongolismus ist angeboren, doch ist die Ätiologie noch dunkel; Alkoholismus, Syphilis, Tuberkulose, neuro-pathologische Heredität wurden von verschiedenen Forschern in dieser Beziehung beschuldigt, doch glaubt C., daß es sich in den meisten Fällen um Eltern handelt, die durch Alter, Krankheit, Armut oder sonstwie geschwächt wurden. Oft sieht man den letzten Sprößling einer zahlreichen Familie mit den Stigmata des Mongolismus zur Welt kommen. Die Hauptmerkmale desselben sind: runder Kopf, abgeplattete Nase, kleine, schiefgeschlitzte Augen, dicke Wangen von schmutziggelber Farbe; oft besteht chronische Blepharitis, Strabismus, Nystagmus und

sehr stark entwickelter Epikanthus. Die Fontanellen sind weit offen und schließen sich auffallend spät, die Haare sind meist schütter und kurz, wodurch sie sich von dem dichten, straffen, trockenen Haarwuchs der Myxödematösen unterscheiden. Die Zähne brechen spät durch, oft erst im 12., 15. und selbst 18. Monat, die Lippen sind dick und gesprungen, die Zunge verdickt und rissig. Die Hände sind kurz, breit, auch die Finger sind verkürzt, was hauptsächlich auf eine mangelhafte Entwicklung des letzten Phalangen zurückzuführen ist. Kryptorchismus und andere angeborene Anomalien kommen bei Mongolischen oft zur Beobachtung.

Die Prognose ist eine sehr schlechte; die meisten Kinder sterben im Laufe der ersten Wochen oder Lebensmonate, sehr wenige erreichen das erste oder zweite Lebensjahr. Das Erreichen eines späteren Lebensalters gehört zu den Ausnahmen. Die Behandlung ist hauptsächlich eine roborierende, hygienisch-stimulierende. Die thyreoidale Behandlung gibt fast gar keine Resultate.

E. Toff (Braila).

Fr. Heyn, Statistischer Beitrag zur Ätiologie der Idiotie. (Psych.-neur. Wochenschr. 1906. Nr. 19.) Nach dem Vorschlage Alts sind für die Provinz Sachsen Fragebogen für Blödsinnige eingeführt; dieselben legen außer auf erbliche Belastung, intrauterine und Geburtsschädlichkeiten besonderes Gewicht auf Ermittlung über Ernährung und konstitutionelle wie infektiöse Erkrankungen des Kindesalters. Es ergab sich (berücksichtigt wurden die Auskünfte über 166 männliche und 124 weibliche Idioten) als besonders auffallend die geringe Prozentzahl der erblich Belasteten (46,9 % und 55,5 %), die um ungefähr 25 % hinter den Angaben anderer Autoren zurückbleibt. Unter diesen Begriff wurden aufgenommen: Belastung durch geistige Erkrankung, Trunksucht, Blutsverwandtschaft, Tuberkulose und Lues der Vorfahren. Lues der Erzeuger fand sich unter den 290 Fällen nur 2mal. 13,9 % männliche und 22,6 % weibliche waren mütterlicherseits erblich belastet uud gleichzeitig mit Muttermilch aufgezogen. Erschreckend hoch ist die Zahl der rachitischen Kinder in der Statistik. Die Hälfte der Idioten hat nach der bestimmten Angabe des Fragebogens in früher Kindheit an Rachitis gelitten. Alle auf Besserung der Säuglingsernährung abzielenden Bestrebungen sind auch vom Standpunkt einer vorbeugenden Bekämpfung der Idiotie freudig zu begrüßen. Zahnkrämpfe und Infektionskrankheiten nehmen gleichfalls einen großen Raum in der Anamnese ein. An Zahnkrämpfen litten 26 % männliche und 29 % weibliche, an Infektionskrankheiten 21,7 % männliche und 38,7 % weibliche Idioten.

Bei 12,6 % der männlichen und 21,6 % der weiblichen Idioten sind körperliche Erkrankungen als Ursache des Schwachsinns nachgewiesen, sie sind überdies bei 8,4 % der männlichen und 21,6 % der weiblichen nach der Überzeugung des ausfüllenden Arztes mit größter Wahrscheinlichkeit anzunehmen. Dazu kommt, daß die Hälfte der Kranken sicher an Rachitis gelitten hat. Die Magendarmerkrankungen spielen eine ebenso große Rolle wie die Gehirnhautentzündungen, von welch letzteren wohl ein Teil auf gastrointestinale Störungen zurückzuführen ist. Die Hälfte der Idioten erkrankt an

erworbener Idiotie. Die Prophylaxe ist demnach von größter Wichtigkeit. Kurt Mendel (Berlin).

Heinrich Vogt, Über einige somatische Eigenschaften der Idioten. (Psych.-neur. Wochenschr. 1906. Nr. 1.) Das Längenwachstum der Idioten ist ein geringeres und langsameres als das der Normalen. Das Körpergewicht entspricht, wenn man das normale Verhältnis zum Vergleich benutzt, nicht der Größe, die Werte für das Gewicht sind fast stets subnormal.

Ebenso liegen die Werte für die Lebensdauer erheblich unter der Norm. Die größte Sterblichkeit liegt zwischen dem 10. und 20. Jahre. Die Idiotie wirkt stark lebensverkürzend. Zuweilen beobachtet man Zeichen früher Seneszenz (greisenhafter Habitus usw.).

Die Organgewichte zeigen bei Idioten in allen Lebensaltern deutlich eine nicht unbeträchtliche Herabsetzung, besonders das Herzgewicht, das Nierengewicht und das Hirngewicht. Bezüglich des letzteren gilt, daß, je mehr sich die Lebensdauer der Idioten normalen Verhältnissen nähert, desto größer die Zahl normal gewichtiger Gehirne unter ihnen wird. Körperlicher und geistiger Zustand beobachten im individuellen Leben der Kranken oft einen auffallend parallelen Schritt. Es besteht sicherlich ein Zusammenhang zwischen der körperlichen und geistigen Entwicklung der Kinder.

Das defekte Cerebrum bedingt die Herabsetzung der gesamten vitalen Eigenschaften entweder direkt oder geht ihr als korrespondierende Erscheinung parallel. Kurt Mendel (Berlin).

W. Sterling, Zur Kasuistik der Tay-Sachsschen Krankheit. (Neurol. Zentr. 1906. Nr. 2.) Verf. berichtet über folgenden Fall: 11 Monate altes Kind, das seit seinem sechsten Monat aufgehört hat, sich zu entwickeln; der Kopf fing damals an, nach hinten oder auf eine Schulter hinabzusinken. Bis zum sechsten Monat war das Kind recht lebhaft, erkannte aber die Umgebung nicht. Die körperliche und geistige Entwicklung ließ allmählich nach. Seit dem fünften Monat begann der Kopf langsam zu wachsen, seit dem sechsten Monat fing der Knabe an magerer zu werden und schlechter auszusehen, seit dem siebenten Monat wurde der Schlaf unruhig, das Kind wurde weinerlich und apathisch. Es hat nie sehen können, an Spielzeuge und Gegenstände nie gewöhnt. Es unterschied nur grelles Licht. Es bestand eine ausgesprochene Empfindlichkeit auf alle akustischen Reize; das Kind fuhr leicht zusammen; ebenso Überempfindlichkeit gegen sensible Reize. Heredität 0. Lues der Eltern negiert. Patient wurde ohne Kunsthilfe geboren. Das älteste Kind ist normal. — Objektiv: Apathisches Wesen, Kopf kann nicht aufrecht gehalten werden. Zuweilen rotatorische Kopfbewegungen. Unbeweglicher Gesichtsausdruck. Etwa jede halbe Stunde Anfälle von klonischen und dann tonischen Zuckungen mit Zyanose, Apnoe und krampfhaftem Weinen. Lebhafte Patellarreflexe. Babinski +. Hypertonie in den unteren Extremitäten. Ophthalmoskopisch: in der Gegend der fovea centralis hellweißer, undeutlich konturierter Fleck, dessen Größe etwa zwei Papillendurchmesser beträgt. In der Mitte dieses Fleckes sehr

kleiner dunkelbrauner Fleck mit deutlichen Konturen. Beide Papillen atrophisch. Die Sehkraft beschränkt sich auf Perzeption der Lichtstrahlen. — Zahlreiche adenoide Vegetationen. Diagnose: Tay-Sachssche Krankheit (Idiotismus familiaris amauroticus). Verf. nimmt eine angeborene Entwicklungshemmung des Gehirns an, auf deren Grundlage sich erst in gewissen Monaten des Lebens im ganzen Nervensystem degenerative (nicht entzündliche Veränderungen) entwickeln.

Kurt Mendel (Berlin).

Spielmeyer, Über eine besondere Form von familiärer amaurotischer Idiotie. (Neurol. Zentr. 1906. Nr. 2.) Drei Hauptmerkmale bestimmen die klinische Eigenart der vier vom Verf. veröffentlichten Fälle von familiärer amaurotischer Idiotie: die im frühen Kindesalter auftretende, rasch fortschreitende Verblödung, die familiäre Natur des Leidens, eine progrediente retinale Atrophie vom Typus der Retinitis pigmentosa. Es handelte sich um vier Geschwister, nur das älteste Kind dieser Familie blieb gesund. Bei den drei bisher gestorbenen Kindern ergab die Sektion eine schwere Lungentuberkulose, alle drei kamen etwa in demselben Lebensalter, in den ersten Pubertätsjahren ad exitum. Vielleicht kam ätiologisch hereditäre Lues in Betracht; nach der Geburt des ersten (gesunden) Kindes hatte sich der Vater wahrscheinlich syphilitisch infiziert.

Verf. glaubt, daß seine Fälle mit der Sachsschen familiären amaurotischen Idiotie nichts weiter als die äußerliche Eigentümlichkeit gemeinsam haben, daß sie beide familiär auftreten und zu frühzeitiger Verblödung und zur Erblindung führen. Sonst sind sie klinisch durchaus verschieden, gleichfalls aber auch ihrem anatomischen Substrate nach. Verf. konnte zwei seiner Fälle anatomisch untersuchen. Beide zeigten so gut wie negativen makroskopischen Befund. Mikroskopisch ergab sich eine eigenartige, über die Zentralorgane allgemein ausgedehnte Ganglienzellenerkrankung, die durch eine totale oder partielle Schwellung oder Aufblähung des Zellleibes infolge der Einlagerung einer körnigen Substanz charakterisiert ist. Am ausgesprochensten ist diese körnige Zellerkrankung in der Großhirnrinde. Die Projektionsfaserung bleibt intakt, das Markscheiden- und Achsenzylinderbild ist nahezu normal.

Das histologische Gesamtbild ist so eigenartig und charakteristisch, daß der Versuch gerechtfertigt scheint, den vorliegenden Prozeß schon auf Grund des anatomischen Befundes als eine selbständige Krankheitsform aus der Reihe der idiotischen Zustände abzusondern.

Kurt Mendel (Berlin).

W. Lasarew, Ein Beitrag zur Tabes im jungen Alter (Tabes infantilis und juvenilis). (Neurolog. Zentralbl. 1905. Nr. 21 u. 22.) Zu den 23 Fällen von jugendlicher Tabes (d. h. Tabes in den ersten zwei Jahrzehnten des Lebensalters), die in der Literatur veröffentlicht sind, fügt Verf. folgenden eigenen Fall hinzu:

19 Jahre alte Dienstmagd klagt über Schwäche in den Beinen, taubes Gefühl in denselben, Störungen beim Gehen, Schwindelanfälle, unwillkürlichen Urinabgang. Der Vater der Kranken starb 70 Jahre alt; die 60 Jahre alte Mutter laboriert an den „Eingeweiden", sie

hat 9mal geboren, das erste Mal abortiert, dann folgte eine totgeborene Frucht, das dritte Kind lebte einige Monate, 6 Kinder leben noch. Objektiv: Hutchinsonscher Zahn oben, Pupillen ungleich, schwacher Lichtreflex, besonders rechts, Patellarreflexe fehlen, starker Romberg, Hypalgesie.

Die jugendliche Tabes beginnt meist im zweiten Jahrzehnt, befällt in fast gleichem Verhältnisse des männliche und weibliche Geschlecht. Als Anfangssymptome traten in einem Drittel der Fälle Störungen im Harnlassen, meist unwillkürliche Harnentleerung, auf; häufig ist Kopfschmerz als Frühsymptom vorhanden, und zwar in Form der Migräne. Im übrigen unterscheidet sich die jugendliche Tabes wenig von derjenigen der Erwachsenen, sowohl bezüglich der Symptomatologie wie auch betreffs des Verlaufes. Meist ist der Verlauf aber ein langsamer, gutartiger.

Syphilis der Eltern wurde unter den vom Verf. gesammelten 24 Fällen jugendlicher Tabes 11mal konstatiert (7mal beim Vater, einmal bei der Mutter, 3mal bei beiden Eltern). Spezifische Erscheinungen bei dem Kranken selbst fanden sich 5mal (Ausschlag, Narben usw.), in den übrigen Fällen zeigten sich Anzeichen von hereditärer Syphilis (Sattelnase, Hutchinsonsche Zähne usw.). In drei Fällen wurden an den Kindern die Anzeichen hereditärer Lues (Narben an den Mundwinkeln, Keratitis interstitialis, Hutchinsonsche Zähne) gefunden; in zwei Fällen ist Syphilis wegen der häufigen Aborte bei den Müttern äußerst wahrscheinlich. In zwei Fällen erwies sich die Syphilis nicht als ererbt, sondern als erworben (im vierten Lebensmonat bzw. fünften Lebensjahre). In ca. 84 % der Fälle ist Syphilis in der Anamnese vorhanden. In vier Fällen fand sich keinerlei Hinweis auf Syphilis.

Wegen der hereditären Lues überwiegt auch bei der jugendlichen Tabes das männliche Geschlecht nicht über dem weiblichen.

Kurt Mendel (Berlin).

Emil Redlich, Über Halbseitenerscheinungen bei der genuinen Epilepsie. (Arch. f. Psych. Bd. 41. Heft 2.) Nicht selten sind nach epileptischen Anfällen unzweifelhaft hemiparetische Symptome ganz leichter Art nachweislich, während längere Zeit nach Anfällen untersucht dieselben undeutlicher geworden sind. Andererseits gibt es Fälle, in denen die nachweislich hemiparetischen Symptome in gleicher Weise bestehen, gleichgültig, ob gleich oder längere Zeit nach einem Anfalle untersucht wurde.

Diese Symptome weisen auf eine gewisse Bevorzugung einer Hirnhemisphäre, auf eine Läsion dieser Seite hin (in der Nähe der motorischen Hirnrinde). Es kann sich natürlich — in Anbetracht des negativen Obduktionsbefundes — nicht um gröbere, sondern nur um relativ feine Veränderungen handeln.

In diagnostischer Beziehung ergibt sich aus den Untersuchungen des Verf. als wichtig der Umstand, daß da, wo nach Anfällen, insbesondere auch intervallär Erscheinungen einer leichten organischen Hemiparese sich werden nachweisen lassen, ein wichtiger Anhalts-

punkt für die Annahme einer Epilepsie gewonnen sein wird (differentialdiagnostisch der Hysterie gegenüber von Wert!).

Kurt Mendel (Berlin).

Bresler, Beitrag zur Symptomatologie des petit mal. (Psych.-neur. Wochenschr. 1906. Nr. 21.) Patientin, 33 Jahre alt, stammt von trunksüchtiger Mutter und ebensolchen Großeltern mütterlicherseits. Von Kindheit an Krämpfe, allgemeiner Tremor, Ataxie und Schwachsinn. Schon in früheren Jahren hochgradige Häufung der Absenzen, einmal wurden ihrer 1000 an einem Tage und 270 in der darauffolgender Nacht gezählt, an den nächsten Tagen 800, 800 und 500. Dauer: 10 Sekunden bis 1/2 Minute. Zeitweise auch vollentwickelte epileptische Anfälle. Bei diesen Absenzen Zuckungen und Schüttelbewegungen der Arme und Beine und Wendung der Bulbi nach links oben; ruft man Patientin an, so vermag sie während der Zuckungen sofort den Fragenden anzublicken. Bei intensiveren Anfällen leichte Gesichtsrötung, Pupillenerweiterung und Pulsbeschleunigung. Aufgefordert zu zählen, erfährt Patientin bei 11 eine Absenze, zählt noch „12", trotz Anrufens aber hört sie ca. 2 Sekunden auf und fährt dann mit „11, 12" einsetzend richtig fort. Ein zweites Mal gelingt es unter Anrufen mit „weiter", daß sie während des Anfalles von 15—18 weiterzählt. Im Hersagen des Vaterunser wird Patientin durch den Anfall nicht unterbrochen, ebensowenig im Zeichnen von Grundstrichen auf das Papier, das sie im Anfall weiter fortführt. Das Ticken der während des Anfalles an das Ohr gehaltenen Taschenuhr nimmt sie während des Anfalles nicht wahr; dagegen dreht sie sich noch innerhalb der Absenze um, als hinter ihrem Kopfe an einen Lampenschirm geklopft wird.

Durch diese Untersuchungsresultate dürfte wohl erwiesen sein, daß Absenzen, eine Handlung, wenigstens eine einfache, mechanische, nicht notwendig unterbrechen müssen, ebensowenig eine Wahrnehmung.

Kurt Mendel (Berlin).

v. Schuckmann, Kritisches und Experimentelles zur Toxinhypothese der Epilepsie. (Monatsschr. f. Psych. u. Neur. Bd. 19. Heft 4.) Ceni hatte sechs Epileptikern kleine Dosen des Blutserums anderer Epileptiker injiziert; diese Injektionen blieben entweder ganz wirkungslos oder brachten Symptome akuter Vergiftung mit auffallender Verschlimmerung des krankhaften Zustandes hervor. Injizierte er anderen Epileptikern das Blutserum von Gesunden, so fand er ganz negative Resultate. Ceni hielt hiermit die Existenz von im Serum der Epileptiker enthaltenen toxischen Substanzen für nachgewiesen und glaubte, durch immer wiederholte Einspritzungen des Epileptikerserums die Menge des im Epileptiker kreisenden Giftes zu vermehren und dadurch sekundär einen Immunitätszustand gegen dieses spezifische Toxin zu erzeugen. Er injizierte deshalb zehn Epileptikern in wiederholten und steigenden Dosen Serum anderer Epileptiker bzw. das eigene Serum. Es zeigte sich „Zunahme der epileptischen Erscheinungen mit den Zeichen einer ernstlichen allgemeinen Vergiftung" in zwei der zehn Fälle, in den übrigen acht (von denen fünf mit fremdem, drei mit eigenem Serum behandelt

wurden) wirkten die Injektionen als „therapeutische und wohltuende Substanz“ und zeigten „außerordentliche heilende bzw. bessernde Wirkung“.

Die Nachprüfungen v. Sch.s haben nun völlig entgegengesetzte Resultate ergeben. Woran dies liegt, vermag Verf. nicht zu entscheiden. Es ist ihm in keiner einzigen der nachgeprüften Versuchsanordnungen gelungen, die von Ceni gefundenen „spezifischen“ Wirkungen des Epileptikerserums wiederzufinden. Demnach kann auch das Theoriensystem Cenis bisher als nichts anderes als eine jeder exakten experimentellen Grundlage entbehrende Theorie bezeichnet werden. Kurt Mendel (Berlin).

K. Siebold, Statistischer Beitrag zur Ätiologie der Epilepsie. (Psych.-neur. Wochenschr. 1906. Nr. 16, 17 u. 18.) Verf. kommt zu folgenden Schlüssen aus seinen Erhebungen:

1. In der Landes-Heil- und Pflegeanstalt Uchtspringe (Prof. Alt) sind vom 1. April 1899 bis 1. April 1906 913 Epileptiker neu aufgenommen worden; hiervon gehören 59,2 % dem männlichen und 40,8 % dem weiblichen Geschlecht an.

2. 83 % sämtlicher Epileptiker erkrankten vor dem 20. Jahre. Im ersten Dezennium ist das männliche, im zweiten das weibliche Geschlecht mehr beteiligt.

3. Bei einem Viertel des Gesamtmaterials war kein ursprüngliches Moment angegeben; von den übrigen lag bei 55,2 % erbliche Belastung vor; diese ist für das männliche Geschlecht verhängnisvoller als für das weibliche und scheint häufiger im Sinne der gekreuzten Vererbung in Erscheinung zu treten. Belastete Individuen erkrankten früher an Epilepsie als Unbelastete. Die Belastung von seiten der Mutter ist häufiger und gefährlicher als die vom Vater ausgehende.

4. Neuro-psychopathische Belastung fand sich bei 34,8 %, nur $^1/_3$ häufiger beim männlichen als beim weiblichen Geschlecht (21,8 % gegenüber 13,6 %). Konsanguinität der Eltern (bzw. Großeltern) lag in 3 % der Fälle vor; die Blutsverwandtschaft in der Aszendenz scheint für den männlichen Nachwuchs gefährlicher zu sein als für den weiblichen.

In 42 % der Epileptiker bestand die gleichartige Erkrankung in der nächsten Blutsverwandtschaft, und zwar bei Weibern häufiger als bei Männern.

5. Alkoholabusus der Eltern ist in 18,8 % der Epileptiker nachgewiesen; in der männlichen Nachkommenschaft doppelt so häufig wie in der weiblichen. Alkoholismus der Erzeuger ist als Ursache der Epilepsie ungleich verhängnisvoller als eigene, erworbene Alkoholvergiftung (18,8 % gegenüber 2,9 %).

6. Erworbene Ursachen fanden sich in 30 % der Fälle und zwar fällt hier den Infektionskrankheiten (16 %) große Bedeutung zu; es berechtigt diese Tatsache zu der Hoffnung, daß hier die Serumtherapie Erfolge zeitigen wird. Ein körperliches Trauma wurde in 10 % der Fälle gefunden, und zwar wiederum zuungunsten des männlichen Geschlechts. Dem Alkohol fällt als selbständig Epilepsie er-

zeugendem Faktor nur eine unwesentliche Bedeutung zu (2,9 % der Gesamtzahl).

7. Den ersten Anfall auslösende Ursachen wurden gefunden in 27,5 % sämtlicher Epileptiker. Kurt Mendel (Berlin).

Georg Lomer, Witterungseinflüsse bei sieben Epileptischen. (Arch. f. Psych. Bd. 41. Heft 3.) Verf. erstreckte seine Beobachtungen an sieben Epileptischen auf die Monate Mai—Juli und fand folgendes: von den 194 Anfällen des Vierteljahres kommen 83 auf Mai, 61 auf Juni, 50 auf Juli. Das absolute Maximum der Anfälle erstreckt sich auf die Stunden von 5 bzw. 6—8 Uhr morgens, das absolute Minimum wird nachmittags von 4—5 Uhr erreicht. Weder die Bewölkung noch die Luftfeuchtigkeit, weder Stille noch Wind übten einen merkbaren Einfluß auf Form oder Zahl der Anfälle aus. Auch die Temperatur und die bisweilen vorhandene, sich mehrfach in Gewittern lösende Schwüle wirkten anscheinend in keiner Weise ein. Ebensowenig das Verhalten des Mondes oder die Zeit des Sonnenauf- und unterganges. Hingegen weist der Mai, mit seiner Höchstziffer von Anfällen, auch deutlich die größten Schwankungen des Luftdruckes auf; ihm folgt Juni, dann Juli mit immer geringer werdenden Druckschwankungen und auch immer kleineren Anfallsziffern. Daß der Organismus der Epileptischen sehr intensiv auf diese Druckschwankungen reagiert, zeigt die mangelhafte Anpassungsfähigkeit des Epileptikers an die meteorologischen Reize.

Kurt Mendel (Berlin).

J. Hoppe, Proponal bei der Behandlung von Epileptikern. (Psych.-neur. Wochenschr. 1906. Nr. 6.) Verf. löste Proponal für die Zwecke des Einlaufes in einer physiologisch-alkalischen Lösung (auf 1 Liter Aq. destill. etwa 4 g NaOH), er ließ bestimmte Proponalmengen (bei Kindern im Status epilepticus 0,2—0,3, bei Erwachsenen 0,3—0,6 g Proponal) in 200—300 ccm der auf 38° erwärmten Flüssigkeit zum Einlaufen verwenden. Ein solcher Einlauf wurde 7mal im Status epilepticus und einige Male in schwereren Verwirrungszuständen gemacht. Stets prompte Wirkung. Sie entsprach etwa der von 3 g Amylenhydrat und trat in 15—30 Minuten ein. Keinerlei Reizerscheinungen am Mastdarm. Kurt Mendel (Berlin).

P. Schirbach, Beitrag zur Opium-Brombehandlung der Epilepsie nach Flechsig (Ziehensche Modifikation). (Arch. f. Psych. Bd. 41. Heft 2.) Verf. führt zunächst die Anhänger und Gegner der Flechsigschen Opium-Brombehandlung an und berichtet dann über seine eigenen Erfahrungen an 16 Epileptikern aus der Siemerlingschen Klinik. Er wandte die von Ziehen vorgeschlagene Modifikation der Flechsigkur an in der Weise, daß innerhalb 51 Tagen mit 0,15 Op. pulv. täglich beginnend bis zu 0,9 gestiegen wird. Vom 52. Tage ab wird nach Aussetzen des Opiums 6 g Bromgemisch (Kal. und Natr. brom. āā 2,0, Ammon. brom. 1,0) verabreicht. Jeden zweiten Tag wird um 1 g Brom bis auf 9 g gestiegen, wobei man dann fürs erste stehen bleibt. Um den hemmenden Einfluß des Opiums auf die Salzsäuresekretion des Magens auszugleichen, gibt

man von Anfang an 3mal täglich nach dem Essen Acid. hydrochlor. 1,5 : 200,0 1 Eßlöffel.

Verf. kommt auf Grund seiner Versuche zu dem Schlusse, daß die Methode bei sorgfältiger Auswahl des Materials noch günstige Resultate zu erzielen vermag in Fällen, in denen die Brombehandlung allein versagte. Die weitere Anwendung derselben ist daher durchaus berechtigt, selbst wenn die damit erzielte Besserung nur eine vorübergehende sein sollte. Die mit der Kur verbundenen Gefahren lassen sich bei sorgfältiger Durchführung im Krankenhause unter Zuhilfenahme geeigneter hydrotherapeutischer und diätetischer Maßnahmen auf ein Mindestmaß einschränken. Kurt Mendel (Berlin).

Fr. Lämmerhirt, Das Chloroform in seiner symptomatischen Anwendung als Narkotikum. (Die Therapie der Gegenwart. August 1906). Chloroform wirkt besonders auf zerebral ausgelöste Konvulsionen. Für die Eklampsia gravidarum hat sich Chloroform allgemeine Anerkennung erworben; bei der Eklampsie der Kinder wird die Anwendung noch von vielen gescheut. Und doch kann Chloroform ruhig selbst bei Säuglingen der ersten Lebenswochen angewendet werden, es feiert bei der Eklampsie der Säuglinge als Symptomatikum geradezu seine Triumphe. Einige Tropfen, auf einen Bausch Watte oder ein Taschentuch gegossen, dem Kinde vor das Gesicht gehalten, und die Krämpfe schwinden fast momentan. Ein einzelner Anfall an sich bringt ja keine Lebensgefahr, Häufung von Anfällen dagegen bildet eine Gefahr. Wenn eine akute Krankheit (Pneumonie, Magenstörung, Scharlach) sich mit einem eklamptischen Anfalle einleitet, so wird man natürlich nicht an Chloroform denken. Treten die Krämpfe aber immer wieder auf, dann wird man zum Chloroform greifen. Es können aber auch im Verlaufe von akuten Krankheiten (Pneumonie, Meningitis) Konvulsionen auftreten, namentlich gegen das Ende hin. Hier wird man Chloroform direkt als Kraftsparer benutzen. Die Beseitigung des Krampfes und der gesteigerten Erregbarkeit können wir schnell schon durch kleinste Dosen erzielen; die Ruhe aber gibt dann dem Körper, vor allem dem Herzen die Möglichkeit, neue Kräfte zu sammeln. Bei Meningitis werden ja die Anfälle immer wiederkehren; aber auch hier kann man, treten sie zu vehement und anhaltend auf, schon zur Beruhigung der Angehörigen vorübergehend vom Chloroform Gebrauch machen. Bei chronischen Krankheiten beherrscht die Eklampsie oft das ganze Krankheitsbild (Rachitis, chron. Magendarmstörungen). Hier soll man unbedenklich zum Chloroform greifen, um den Anfall zu koupieren. Der Arzt bleibe dann noch einige Zeit da, lege das Kind in eine feuchte Packung und wehre bei Vorboten neuer Attacken diese durch Aufträufeln einiger Tropfen Chloroform von vornherein ab. Manchmal kommen die Anfälle aber immer wieder; den Angehörigen das Chloroformieren zu überlassen, ist nicht ratsam. In solchen Situationen wendet L., nachdem Chloroform momentan seine Schuldigkeit getan hat, zur protrahierten Wirkung folgendes an:

Rp. Chloral. hydrat. 0,5—1,0
Pyramidon. 0,2—0,3
Mucil. Salep. ad 30,0
S. ½stündl., später seltener 1 Teelöffel.

Bei der Epilepsie unterdrückt man natürlich einzelne reguläre Anfälle nicht mit Chloroform; nur bei starker Häufung von Anfällen hintereinander tut Chloroform eventuell gute Dienste.

Es ist bei alledem keineswegs von einer regulären Narkose die Rede, es ist nur leichte Betäubung erforderlich, bei der die Reflexe sich noch auslösen lassen und die Patienten noch auf Anrufen reagieren; die dazu nötige Dosierung schließt jede Gefahr aus.

Grätzer.

Heinrich Schäfer, Moralischer Schwachsinn. (Allg. Zeitschr. f. Psych. Bd. 63. Heft 1.) Verf. gibt sein Gutachten über einen Fall von moralischem Schwachsinn wieder. Es zeigte sich eine von Kindheit an bestehende gewisse Schwäche des geistigen Wesens. Diese Schwäche bestand vornehmlich in einem ethischen Defekt, kausal eng verbunden mit intellektueller Unzulänglichkeit. Es bestand eine unausrottbare Neigung zur Lüge von Kindheit an, sowie eine starke Neigung zum Diebstahl. Das Lernen fiel stets schwer; dazu kam eine erhebliche Urteilsschwäche. Patient ging zur Marine, wurde als Fähnrich zur See wegen Diebstahls, begangen an Kameraden, verhaftet, seitens des Kriegsgerichts aber wegen der schweren Belastung freigesprochen.

Zum Nachweis des Schwachsinns ist besonders die Prüfung der Urteilskraft (insbesondere bei Gebildeten) erforderlich.

Kurt Mendel (Berlin).

H. Gottgetreu, Beitrag zur Klinik der Kinderpsychosen. (Allg. Zeitschr. f. Psych. Bd. 62. Heft 5 u. 6.) Verf. berichtet über einen Fall von posttraumatischer Psychose bei einem Knaben. Die Psychose, welche den einfachen Seelenstörungen zuzurechnen und von zahlreichen Halluzinationen des Gesichts, Gehörs und Gemeingefühls begleitet war, ging in Genesung über.

Kurt Mendel (Berlin).

P. Näcke, Einige Punkte aus der Lehre der sog. „moral insanity". (Psych.-neur. Wochenschr. 1906. Nr. 13.) Die „moral insanity" ist keine selbständige Krankheit, sondern eine ab ovo bestehende oder bald in der Kindheit auftretende Abstumpfung der Gemütssphäre, die im Vordergrund aller übrigen Erscheinungen steht. Solche Fälle fand Verf. öfter bei dégénérés supérieurs als bei den eigentlichen Imbezillen. Er unterscheidet drei Rubriken: 1. die der Schwachsinnigen, 2. die der Entarteten (dégénérés supérieurs), die größte Gruppe, und 3. die mit leichtem periodischen Stimmungsanomalien einhergehenden Fälle, die kleinste Gruppe. Er läßt dahingestellt, ob es noch absolut reine Fälle von „moral insanity", d. h. ohne anderweite Störungen der Psyche, namentlich des Intellekts, gibt. Der Name „moral insanity" erscheint Verf. ziemlich überflüssig. Der moralische Defekt ist nur das hervorstechende Symptom einer gestörten oder desequilibrierten Psyche.

In praktisch-sozialer Hinsicht unterscheidet Verf. zwei Hauptgruppen: 1. die Gemeingefährlichen und 2. die mehr oder minder Harmlosen. Die zweite Gruppe scheint an Zahl zu überwiegen. Überlebhafte Phantasietätigkeit und absolute Widerstandslosigkeit gegen

Alkohol besteht nicht immer. Alle Intensitätsgrade kommen vor, bis zum „geborenen Verbrecher". Das Verbrechen ist die Resultante von Individualität + Milieu. Je größer ersterer Faktor ist, um so geringer braucht der andere zu sein, der aber nie ganz fehlt. Bei den meisten Gewohnheitsverbrechern ist das Milieu die Hauptsache.

Der Intellekt hat bei der „moral insanity" stets irgendwie gelitten, wenn auch oft nur leicht. Im großen und ganzen gehen Moral und Intellekt einander parallel, im einzelnen tritt allerdings oft eine Dissoziation ein, so stets bei der „moral insanity". Dieser Vorgang der Dissoziation zwischen Moral und Intellekt, sowie die „individuelle Affektdisposition" sind die beiden Hauptprobleme der ganzen Lehre vom moralischen Schwachsinn. Bei der „moral insanity" weist alles auf eine angeborene fehlerhafte Anlage gewisser Hirnpartien, namentlich wahrscheinlich an der Basis, hin. Die teratologische Forschung ist berufen, gerade hier die anatomischen Hauptaufschlüsse zu geben.

Weniger schwere Fälle von „moral insanity", besonders aus guten Familien, eignen sich für die Familienpflege. Wo dies wegen Gemeingefährlichkeit oder Armut nicht angeht, sind Adnexe an Gefängnisse oder eigene Sonderanstalten das Beste. Versuche mit ländlichen Kolonien sind auch vielversprechend, ebenso Deportation in entfernte Kolonien. Die Kastration kommt schließlich zwecks Verhütung von Nachkommenschaft in Frage. Kurt Mendel (Berlin).

E. Deutsch, Schutz moralisch gefährdeter Kinder. (Gyermek védelem. 1906. Nr. 3.) D. beschreibt das Programm der „Union française pour le sauvetage de l'enfance", welche Institution mißhandelte und moralisch gefährdete Kinder auf dem Lande bei biedern Bauersleuten unterbringt. Die körperlich und moralisch herabgekommenen Kleinen erholen sich bald und lernen ihre neue Umgebung schätzen. Jeder der Schutzbefohlenen hat eine Sparkasseneinlage, so daß für seine Zukunft auch materiell gesorgt ist.

Autoreferat Ernö Deutsch (Budapest).

Rudolf Hecker, Über Verbreitung und Wirkung des Alkohols bei Schülern. 1. Mitteilung. (Jahrb. f. Kinderheilkunde. Bd. 63. Heft 4.) Um die Verbreitung des Alkoholgenusses unter den Münchener Schulkindern kennen zu lernen und seine Wirkung auf die geistige Leistungsfähigkeit und die körperliche Entwicklung zu studieren, wurden Erhebungen an vier Münchener Volksschulen mit zusammen 4672 Kindern angestellt. Zwei Schulen davon sind an der Peripherie der Stadt gelegen und werden zum großen Teil von Proletarierkindern besucht, die dritte ist eine zentral gelegene Simultanschule mit wenig und die vierte eine protestantische Schule mit kaum nennenswertem Proletariat. Es stellte sich heraus, daß von allen Kindern nur 13,7 % keinerlei alkoholische Getränke erhalten; 55 % dagegen bekommen regelmäßig täglich Bier oder Wein, und zwar 41 % täglich einmal und 14 % täglich 2 mal. Schnaps bekommen im ganzen 6.4 %, und zwar viele davon ziemlich regelmäßig. Eigentliche Trinker, d. h. solche, die täglich 1/2 Liter Bier und mehr genießen, finden sich 4,7 %. Die einzelnen Schulen verhalten sich

insofern verschieden, als die beiden pheripheren Schulen eine viel kleinere Zahl von regelmäßigen Trinkern aufweisen, als die beiden andern. Weitaus am mäßigsten sind die protestantischen Schüler mit 17 % Abstinenten und 4,2 % regelmäßigen Trinkern.

Sehr deutlich und übereinstimmend in allen vier Schulen ist der Einfluß des Alkoholkonsums auf die Qualität der Fortgangsnote: je mehr Alkohol getrunken wird, um so schlechter wird diese Note, so daß Abstinenten und eigentliche Trinker, einander gegenüber gestellt, einen erheblichen Unterschied in der Note zeigen zuungunsten der Trinker. Aber auch die kleineren, regelmäßig gegebenen Dosen schädigen die Leistungsfähigkeit sichtlich. Bei Knaben ist dies Verhalten im allgemeinen viel mehr ausgeprägt als bei Mädchen, wohl weil diese vielleicht ebenso häufig, aber absolut weniger trinken. Auch hier jedoch läßt die Gegenüberstellung der Extreme von Abstinenten und Trinkern keinen Zweifel. Ganz ähnlich verhält es sich mit der Qualifikation des Fleißes, die mit zunehmendem Alkoholgenuß gleichmäßig schlechter wird. Auch das Auffassungsvermögen der Kinder leidet unter der gewohnheitsmäßigen Darreichung von Bier und Wein. Die „guten“ Auffassungsvermögen nehmen von den Abstinenten bis zu den eigentlichen Trinkern hin ganz gleichmäßig ab, die „schlechten“ zu.

Die Wirkung auf die Körperlänge zeigt sich nach den vorliegenden Untersuchungen so, daß vom 6.—10. Jahre eine deutliche Hemmung, vom 10., 11. Jahre ab eher eine gewisse Beschleunigung des Längenwachstums unter dem Einfluß des Alkoholgenusses eintritt.

Unter den Berufsarten der Eltern stellen relativ das größte Kontingent zu den trinkenden Kindern die Gastwirte, Weinhändler und Schenkkellner, in zweiter Linie die Metzger, dann die Schaffner, Postboten, Unteroffiziere, Schutzleute. Die meisten Abstinenten liefern die lehrenden und gelehrten Berufe, die Künstler, Offiziere, Techniker und Handwerker.

Autoreferat Hecker.

K. Ullmann, Über sexuelle Aufklärung der Schuljugend. (N. Y. Med. Monatsschr. Mai 1906.) U. faßt seine Ausführungen in folgende Schlußsätze zusammen:

1. Die Frage der sexuellen Aufklärung der Jugend ist wie bisher auch auf weiteres zunächst eine Aufgabe der häuslichen Erziehung, weiterhin erst als Gegenstand des Schulunterrichtes zu behandeln.

Der Unterricht in den naturwissenschaftlichen und übrigen Fächern, insofern sie hier von Belang sein können, hat in allen öffentlichen Schulen einheitlich in der Weise zu erfolgen, daß die häusliche Erziehung der Schulkinder aller Altersstufen in ihm jederzeit eine wirkungsvolle Unterstützung findet.

2. Die Gefahr sexueller Verirrungen der Schuljugend wird am wirksamsten und auch zweckmäßigsten durch solche Maßnahmen bekämpft, welche eine freie und volle physische Entwicklung der Kinder ermöglichen und auch geeignet sind, der so häufigen hereditären Anlage zur Neurasthenie und damit der wichtigsten Quelle der Disposition zur sexuellen Verirrung entgegenzuwirken.

Unbeschadet dessen sind auch gewisse Prohibitivmaßregeln gegen die Quellen geistiger Infektion der Schulkinder zu befürworten.

3. Von ärztlichen Gesichtspunkten aus steht dem nicht entgegen, daß Schilderungen der Generations- und Entwicklungsvorgänge des pflanzlichen und tierischen Lebens, jedoch mit Ausschluß der physiologisch sinnlichen Liebeswerbungen, in allen Altersstufen, diesen entsprechend angepaßt, vorgetragen werden.

4. Die Einbeziehung der heterolog-sexuellen Differenzen, des Zeugungsaktes und des Liebeslebens bei Tieren und bei Menschen in den Schulunterricht beider Geschlechter hat regelmäßig erst in der sechsten Mittelschulklasse und den gleichstufigen Klassen anderer Anstalten (Lyceum, Handels- und Gewerbeschulen), aber im Gegensatze zum bisherigen Gebrauch in möglichst vollständiger, rückhaltloser Weise zu erfolgen. (Ausnahme hiervon ist Punkt 8).

5. Die auf den Menschen bezüglichen Erläuterungen haben im Rahmen eines in den bisherigen Lehrplan neu einzufügenden und obligaten Unterrichtsgegenstandes „Somatologie und Hygiene" zu erfolgen, der ausnahmsweise, und insofern Schulärzte noch nicht zur Verfügung stehen, auch von entsprechend hygienisch vorgebildeten Naturgeschichtslehrern vorgetragen werden könnte.

6. Die moderne Neuschule erwirbt erst in dem Maße ein Recht, sich an dieser für die Gesundheit der Schulkinder so belangreichen Aufklärung auch in früheren Altersklassen zu beteiligen, als sie sich auch mit der körperlichen Erziehung und Veredelung derselben befaßt und das hierfür nötige Zeitausmaß auch in dem Lehrplane berücksichtigt.

7. Ein unbedingtes Erfordernis zur schadlosen Durchführung einer derartigen freien Jugenderziehung ist aber das Inslebentreten der schulärztlichen Institution für alle Elementar- und Mittelschulen.

Diese letzteren werden sich dann erst zur vollen Wirksamkeit entfalten, wenn der Schularzt eine entsprechende hygienische Vorbildung genossen hat und wenn er auch einen dem Lehrkörper in hygienischen Fragen über, jedenfalls aber gleichgestellten, in den Lehrerkonferenzen stimmberechtigten, vom Staate kontrollierten und materiell nur von diesem abhängigen, in seinem Wirkungskreise und in seinen Rechten genau präzisierten Faktor darstellt.

8. Dem Schularzt allein steht es zu, Schüler oder Schülerinnen vom somatologisch-hygienischen Unterrichte auf ein Jahr zu dispensieren, dieselben aber auch früher als in der zweiten Klasse der Oberstufe zur Beteiligung an demselben zu verpflichten. Auf diesen Punkt ist in dem Stundenplane entsprechend Rücksicht zu nehmen.

H. B. Sheffield.

Ad. Czerny, Die geistige Überbürdung der Kinder. (Deutsche med. Wochenschrift. 1906. Nr. 17.) C. ist der Ansicht, daß eine geistige Überbürdung nicht in der Schule gewöhnlich stattfindet, sondern vor der Schulzeit, in jener Zeit, wo das Kind die Erwachsenen um sich den ganzen Tag mit Fragen überhäuft und durch die Beantwortung derselben so und so viel Neues an jedem Tage erfährt. Deshalb soll auch das kleine Kind möglichst wenig

mit Erwachsenen zusammensein, sondern lieber regen Verkehr mit gleichaltrigen Kindern pflegen. Auch der Einzelunterricht, der so oft, um die Kinder nicht zu überanstrengen, statt des Schulunterrichts platzgreift, ist verfehlt; gerade beim Einzelunterricht findet eine Überbürdung statt. Nur wenn der Bestand ernster körperlicher Gebrechen dazu zwingt, soll das einzelne Kind Privatunterricht erhalten, sonst aber gehört es vom sechsten Lebensjahre in die Schule; die Furcht vor letzterer ist durchaus unberechtigt. Grätzer.

P. Schütte, Eine neue Form hysterischer Zustände bei Schulkindern. (Münch. med. Wochenschrift. 1906. Nr. 36.) Seit Dezember v. J. grassiert in Meissen in einigen Schulen in ziemlich bedeutendem Umfang eine epidemisch auftretende, nervöse Affektion, die „Zitterkrankheit". Es sind meist 9—13jährige Kinder, vorzugsweise Mädchen, der einfachen und mittleren Bürgerschule betroffen, die zusammen mit 35 Klassen sich in demselben Gebäude befinden. Das akut einsetzende Krankheitsbild besteht nur aus dem Zittern, welches bis dahin gesunde Kinder befällt; andere Erscheinungen sind nicht zu konstatieren. Die Kinder werden unruhig, dann macht sich ein leises Zittern der rechten Hand bemerkbar, die immer nur in der Richtung von der radialen zur ulnaren Seite hin und her geschüttelt wird; das Zittern geht oft auch auf die Unterarme über. Das geht anfallsweise (zuweilen auch nachts) wenige Minuten bis $^1/_2$ Stunde so, und diese Anfälle ziehen sich eventuell wochen- und monatelang hin. Grätzer.

Mulder, Untersuchung über das Vorkommen des Stotterns bei Schulkindern. (Onderzoeke naar het stottergebrek onder de schoolkinderen in Nederland.) (Ned. Tydschr. v. Geneesk. 1906. Bd. 1. S. 1241.) Aus einer Sammelforschung nach der Frequenz des Übels des Stotterns bei Schulkindern ergab sich folgendes:

1. Auf den niederen Schulen stottern von den gesamten Kindern etwa 1 %, und zwar 1,64 % der Knaben und 0,44 % der Mädchen.

2. Von den stotternden Kindern sind etwa 80 % Knaben und 20 % Mädchen, also 4mal soviel Knaben als Mädchen.

3. Von 446 stotternden Kindern zeigte sich das Übel bei 187 schon bei den ersten Sprechversuchen; bei 295 schon vor dem Eintritt in die Schule.

4. Bei 40 % der stotternden Kinder war das Übel auch bei anderen Familiengliedern vorhanden, und zwar bei Geschwistern oder bei den Eltern, doch am meisten bei anderen Verwandten.

5. Es zeigte sich kein wesentlicher Unterschied des allgemeinen Gesundheitszustandes der stotternden gegenüber den anderen Kindern. Nur wurde bei den Stotternden eine größere Frequenz von adenoiden Vegetationen konstatiert, ohne daß dieser Krankheit ätiologisch eine große Bedeutung zugemessen werden konnte.

6. In der übergroßen Mehrzahl der Fälle zeigte sich deutlich eine nervöse Belastung und konnte die hereditäre Natur festgestellt werden. Die sogenannte akzidentelle Ursache ist von untergeordneter Bedeutung für die Ätiologie.

7. Einen großen Prozentsatz der Stotternden bilden geistig zurückgebliebene Kinder. Indem im allgemeinen ein ungünstiger Einfluß des Übels auf die geistige Entwicklung der Kinder nicht konstatiert werden konnte, zeigte sich jedoch, daß bei stotternden, mehr als bei den übrigen Kindern, ein Zurückbleiben von ein oder zwei Klassen auf der niederen Schule vorkam.

8. Bei den stotternden Kindern war das Übel in 22,6 % der Fälle in starkem Grade vorhanden, so daß die betreffenden Kinder fortwährend stotterten und z. B. nicht imstande waren, für die Eltern einfache Gänge zu machen. Graanboom (Amsterdam).

H. Méry, Inspection médicale des écoles primaires, son fonctionnement. (II. Congrès d'hygiène scolaire et de pédagogie physiologique, Paris. 11.—13. Juin 1905.) M. betont in seinem Berichte die Notwendigkeit der ärztlichen Inspektion und konstanten Beaufsichtigung der Kinder in den Normalschulen und teilt dieselbe ein: 1. in hygienische Beaufsichtigung der Schullokale und -möbel; 2. Vorbeugung ansteckender Krankheiten; 3. Beaufsichtigung der Gesundheit und Ausarbeitung eines Gesundheitsbüchels für jeden Schüler und 4. gesundheitliche Erziehung der Kinder und Lehrer.

Zur Erreichung dieser Zwecke sollten vor allem keine Schulen ohne Einholen ärztlichen Rates gebaut und möbliert werden; außerdem soll der Schularzt auch weiterhin der Hygiene des Lokals, die Desinfektion, selbst wenn keine Epidemien herrschen, das Auskehren usw. beaufsichtigen.

Die Prophylaxis ansteckender Krankheiten verlangt ein frühzeitiges Erkennen der sich ereignenden ansteckenden Krankheitsfälle, in Verbindung mit Isolierung derselben und eventuell auch der verdächtigen Fälle. Des weiteren bilden die Vakzination und antidiphtherische Serotherapie einen wichtigen Teil der Prophylaxis.

Jedes Kind sollte bei seinem Eintritte in die Schule einer anthropometrischen Messung (Gewicht, Körperhöhe, Brustumfang) unterworfen, der Gesichts- und Gehörssinn, sowie auch der Zustand der wichtigen Organe untersucht werden. Die gefundenen Resultate wären in ein spezielles Büchlein oder auch auf einen sog. Gesundheitsbogen zu verzeichnen.

Als nächstes Resultat dieser Untersuchungen wären die Schüler in normale und anormale einzuteilen. Von den Anormalen können drei Gruppen gebildet werden: 1. die physiologisch Anormalen, namentlich diejenigen mit geschwächtem Gesichts- und Gehörssinn, welchen diesbezüglich eine besondere Sorgfalt zugewendet werden muß. 2. Die organisch Anormalen, namentlich die zu Tuberkulose Prädisponierten, für welche auf gute Ernährung und Errichtung von Schulen im Walde oder an der Meeresküste zu achten wäre. 3. Die pädagogisch Anormalen, welche in speziellen Klassen oder Sonderschulen unterzubringen sind. E. Toff (Braila).

M. Duboselard, Hygiène de l'internat dans les lycées de garçons. (Thèse de Paris. 1905.) Das Zusammenwohnen zahlreicher Kinder, wie dies in den Pensionaten der Fall ist, hat von gesund-

heitlichem Standpunkte zahlreiche Nachteile, welche durch das Einführen einiger hygienischer Maßnahmen zum großen Teile beseitigt werden können. Der intime Kontakt zwischen den Schülern einerseits und zwischen denselben und ihren Lehrern und Aufsehern andererseits bildet eine bedeutende Vorschubleistung für die Entwicklung von Tuberkulose, und zahlreiche Kinder sterben jährlich an Tuberkulosen, die sie in den Schulinternaten erworben haben. Die allgemeinen Schlafsäle sollen in einzelne Kammern für jeden Schüler eingeteilt und jeder derselben eine allgemeine Abgießung oder Dusche zur Morgentoilette vornehmen. Sowohl Schüler als auch Lehrer und überhaupt jede Person, die im Innern der Schule wohnt, soll einer genauen ärztlichen Untersuchung unterworfen und nur auf Grund eines günstigen Gesundheitszeugnisses aufgenommen werden. Jedes Schulinternat soll einen eigenen Arzt besitzen, welcher nicht nur die gesundheitlichen Verhältnisse desselben überwachen, sondern auch praktisch hygienischen Unterricht geben und eventuell notwendige prophylaktische Maßregeln ergreifen soll.

Im allgemeinen soll das zehnte Lebensjahr als unterste Grenze für die Aufnahme in ein Schulinternat oder Pensionat angesehen werden.

E. Toff (Braila).

W. Feilchenfeld, Hohe Schulgebäude und Herzfehler. (Deutsche med. Wochenschrift. 1906. Nr. 4.) F. wendet sich dagegen, daß jetzt in den Großstädten so hohe Schulgebäude gebaut werden, daß manche Kinder an einem Vormittage 6—7mal 5 Treppen hinauf- und hinunterzulaufen (die Pausenzeit ist kurz!) haben, 2mal sogar mit der schweren Schulmappe. Die Schulzimmer sollten keinesfalls so hoch hinauf verlegt werden! Wenn man jetzt in Berlin so häufig Kinder sieht mit beschleunigter und unregelmäßiger Herztätigkeit, so ist wohl auch auf den genannten Umstand als Ursache zu achten.

Grätzer.

W. Danilewsky, Erfahrungen über den Einfluß des Lecithins auf die Herzaktion. (Chark. Med. Journal. 1906. Nr. 4.) Der den Fröschen, Kaninchen und Katzen entnommene Herzmuskel wurde nach Langendorff unter Zuhilfenahme der Flüssigkeit nach Rieger-Locke in Aktion erhalten. Dem letztgenannten Medium wurde nun Lecithin in verschiedener Konzentration beigegeben und dessen Einfluß auf den Herzmuskel studiert.

Schwache Lecithinlösungen hatten bloß Einfluß auf die Intensität einzelner Kontraktionen, nicht aber auf deren Häufigkeit. Ist die Herztätigkeit schwächer und arythmisch geworden, so wurden die einzelnen Schläge unter Lecithineinfluß stärker und rythmisch. Dieselben Erscheinungen, wenn auch intensiver, wurden nach Gebrauch stärkerer Lecithinlösungen (0,01—0,1 %) beobachtet.

Große Lecithingaben wirken aber gerade entgegengesetzt (0,1 % und mehr); die Herzkontraktionen werden weniger intensiv, es tritt Arythmie auf.

Bei noch stärkeren Lösungen stirbt der Herzmuskel ab.

D. nimmt einen direkten Einfluß von Lecithin auf den Herzmuskel als Ursache obenerwähnter Erscheinungen an und rät dieses Mittel

überall dort anzuwenden, wo der Tonus der Herzmuskulatur zu heben ist.

Gabel (Lemberg).

Paul Reyher, Über den Wert orthodiagraphischer Herzuntersuchungen bei Kindern. (Jahrb. f. Kinderheilk. Bd. 64. Ergänzungsheft.) Eine Art Arbeitsprogramm für weitere Untersuchungen, bei welchen die angewandte Technik, die möglichen Fehlerquellen usw. eingehend besprochen werden. Diejenigen pathologischen Herzveränderungen im Kindesalter, bei welchen ein Nutzen von orthodiagraphischen Untersuchungen erhofft werden kann, werden normiert.

Aus den nur skizzierten Untersuchungsergebnissen sei hervorgehoben, daß eine gewisse Mannigfaltigkeit der Herzformen bei den verschiedenen Kindern aus verschiedenen Lebensaltern zu beobachten ist, die wohl auf eine Verschiedenheit der Herzlage in der Thoraxhöhle zurückzuführen ist. Dem entspricht das wechselnde Verhalten des Neigungswinkels des Herzens, der ja über die Lage des Herzens im Brustraum Aufschluß gibt. Der Neigungswinkel ist durchschnittlich im Säuglingsalter am kleinsten (unter 30°), er hebt sich dann etwa vom dritten Jahre ab auf etwa 40° und darüber, um schließlich vom zehnten Lebensjahre ab wieder allmählich abzufallen bis auf etwa 30° gegen das 14. Lebensjahr hin.

Hecker.

Carl Sundberg (Schwede), Zur Frage von der Ätiologie und Pathogenese der angeborenen Herzkrankheiten. (Nordiskt medicinskt Arkiv. 1905. Abt. 2. Heft 3.) Der Verf. schließt sich an die von Mc. Gillawy aufgestellte Hypothese, daß eine gesteigerte Kopfkrümmung des Embryo als Ursache angeborener Herzmißbildungen anzusehen ist. Er stützt seine Ansicht auf einen genau beschriebenen Fall von Entwicklungshemmung des Herzens, mit rudimentärer Entwicklung des ersten Rippenpaares und Hypoplasie des Manubrium sterni und der linken Lunge kompliziert.

Adolph H. Meyer (Kopenhagen).

Borst, Ein Cor triatriatum. (Verh. d. deutsch. path. Ges. in Meran. 1905.) Die sehr seltene Mißbildung — B. fand in der Literatur nur einen ähnlichen Fall — betrifft eine 38jährige Frau und hatte klinisch keine besonderen Symptome gemacht. Der stark erweiterte linke Vorhof erwies sich durch ein teils membranöses, teils muskulöses, mit einem Loche versehenes Diaphragma in zwei verschieden große Teile getrennt, von denen der größere die Mündung von fünf Lungenvenen enthielt. B. erklärt die Mißbildung als eine in der vierten Embryonalwoche zustande gekommene, auf primärer, fehlerhafter Anlage der Lungenvene beruhende. Mit Hilfe der Bornschen Anschauungen über die Entwicklung des Herzens ließ sie sich gut erklären.

Bennecke (Jena).

Baumeister, Zur Kasuistik der primären Herzgeräusche. (Zentralbl. f. allg. Path. u. path. Anat. Bd. 17. Nr. 7.) Bei der Sektion eines 46jährigen, unter den Erscheinungen der Myokarditis und Mitralstenose — ein deutliches systolisches Geräusch schwand vor dem Tode — gestorbenen Mannes fand sich eine starke Vergrößerung des Herzens und ein Tumor von Kindsfaustgröße und lappiger Ge-

stalt. Dieser ging vom Septum atriorum in der Nähe des Foramen ovale aus, ragte durch das Ostium venosum sin. in den linken Ventrikel und hatte hier die Papillarmuskeln abgespaltet. Mikroskopisch erwies er sich als ein Myxom. B. hält den Tumor wegen seines Sitzes für kongenital angelegt. Auffallend ist, daß er erst so spät klinische Erscheinungen gemacht hat. Das Verschwinden des systolischen Geräusches vor dem Tode erklärt sich aus den anatomischen Verhältnissen.

Bennecke (Jena).

Wenckebach, Über adhäsive Perikarditis. (Ned. Tydschr. v. Geneeskunde. 1906. Bd. 1. S. 1295.) W. berichtet über einen Fall von Mediastino-Perikarditis bei einem 15jährigen Knaben mit Concretio pericardii mit Erscheinungen von heftigen Kreislaufstörungen, Ödem, Dyspnoe, sehr großer Leber, negativem Ictus cordis, Pulsus paradoxus und inspirat. Anschwellung der Halsvenen. Als die interne Therapie lange Zeit ohne jeden Erfolg blieb, wurde zur Operation nach L. Brauer geschritten. Diese Operation besteht in einer Resektion der Rippen, die das Herz bedecken, und wurde von Brauer Cardiolysis genannt. Im Falle W.s wurde reseziert links die 4., 5., 6. und 7. Rippe von der Verbindung mit dem Sternum bis an die Mammillarlinie, und auch ein Teil des linken Sternalrandes.

Nach der Operation, die günstig verlief, war die Dyspnoe bedeutend gebessert, verschwanden die Ödeme und verkleinerte sich die Leber. Die Wirkung auf das Herz blieb aber eine recht schlechte, und nach einem Jahre trat ein bedeutender Aszites auf als Folge einer Art „Pseudozirrhose“.

Graanboom (Amsterdam).

Flesch u. Schossberger, Diagnose und Pathogenese der im Kindesalter häufigsten Form der Concretio pericardii cum corde. (Zeitschr. f. klin. Med. Bd. 59. Heft 1.) Die häufigste Form der Perikardialverwachsung im Kindesalter ist durch einen eigentümlichen Symptomenkomplex charakterisiert; im Vordergrund steht ein hochgradiger isolierter Aszites, pastöses Gesicht, zyanotische Lippen und Lebervergrößerung, wobei außer dem kleinwelligen, etwas beschleunigten Puls kein einziges Symptom auf das Herz deutet. Vermöge der charakteristischen Symptome stellt diese Form ein vollkommen fest umschriebenes Krankheitsbild dar. Die eigentümliche Form der Stauung muß auf Grund der von den Verff. angestellten Tierexperimente als eine Stauung rein kardialen Ursprungs betrachtet werden. Weshalb die kardiale Stauung bei dieser Affektion in konsequenter Weise so auftritt, muß vorläufig noch eine offene Frage bleiben.

Freyhan (Berlin).

N. Thomesco et **S. Graçoski** (Bukarest), Symphyse tuberculeuse latente du péricarde. (Archives de méd. des enf. Mars 1906.) Die tuberkulöse Symphyse des Perikardiums wird nicht immer und in allen Perioden ihrer Entwicklung von Leberzirrhose und einer derselben entsprechenden Symptomatologie begleitet. Es ist also vorteilhaft, statt der Bezeichnung kardio-tuberkulöse Zirrhose, für den Hutinelschen Symptomkomplex diejenige von latenter tuberkulöser Symphyse des Perikardiums zu wählen. Letztere Be-

überall dort anzuwenden, wo der Tonus der Herzmuskulatur zu heben ist.
Gabel (Lemberg).

Paul Reyher, Über den Wert orthodiagraphischer Herzuntersuchungen bei Kindern. (Jahrb. f. Kinderheilk. Bd. 64. Ergänzungsheft.) Eine Art Arbeitsprogramm für weitere Untersuchungen, bei welchen die angewandte Technik, die möglichen Fehlerquellen usw. eingehend besprochen werden. Diejenigen pathologischen Herzveränderungen im Kindesalter, bei welchen ein Nutzen von orthodiagraphischen Untersuchungen erhofft werden kann, werden normiert.

Aus den nur skizzierten Untersuchungsergebnissen sei hervorgehoben, daß eine gewisse Mannigfaltigkeit der Herzformen bei den verschiedenen Kindern aus verschiedenen Lebensaltern zu beobachten ist, die wohl auf eine Verschiedenheit der Herzlage in der Thoraxhöhle zurückzuführen ist. Dem entspricht das wechselnde Verhalten des Neigungswinkels des Herzens, der ja über die Lage des Herzens im Brustraum Aufschluß gibt. Der Neigungswinkel ist durchschnittlich im Säuglingsalter am kleinsten (unter 30°), er hebt sich dann etwa vom dritten Jahre ab auf etwa 40° und darüber, um schließlich vom zehnten Lebensjahre ab wieder allmählich abzufallen bis auf etwa 30° gegen das 14. Lebensjahr hin.
Hecker.

Carl Sundberg (Schwede), Zur Frage von der Ätiologie und Pathogenese der angeborenen Herzkrankheiten. (Nordiskt medicinskt Arkiv. 1905. Abt. 2. Heft 3.) Der Verf. schließt sich an die von Mc. Gillawy aufgestellte Hypothese, daß eine gesteigerte Kopfkrümmung des Embryo als Ursache angeborener Herzmißbildungen anzusehen ist. Er stützt seine Ansicht auf einen genau beschriebenen Fall von Entwicklungshemmung des Herzens, mit rudimentärer Entwicklung des ersten Rippenpaares und Hypoplasie des Manubrium sterni und der linken Lunge kompliziert.
Adolph H. Meyer (Kopenhagen).

Borst, Ein Cor triatriatum. (Verh. d. deutsch. path. Ges. in Meran. 1905.) Die sehr seltene Mißbildung — B. fand in der Literatur nur einen ähnlichen Fall — betrifft eine 38jährige Frau und hatte klinisch keine besonderen Symptome gemacht. Der stark erweiterte linke Vorhof erwies sich durch ein teils membranöses, teils muskulöses, mit einem Loche versehenes Diaphragma in zwei verschieden große Teile getrennt, von denen der größere die Mündung von fünf Lungenvenen enthielt. B. erklärt die Mißbildung als eine in der vierten Embryonalwoche zustande gekommene, auf primärer, fehlerhafter Anlage der Lungenvene beruhende. Mit Hilfe der Bornschen Anschauungen über die Entwicklung des Herzens ließ sie sich gut erklären.
Bennecke (Jena).

Baumeister, Zur Kasuistik der primären Herzgeräusche. (Zentralbl. f. allg. Path. u. path. Anat. Bd. 17. Nr. 7.) Bei der Sektion eines 46jährigen, unter den Erscheinungen der Myokarditis und Mitralstenose — ein deutliches systolisches Geräusch schwand vor dem Tode — gestorbenen Mannes fand sich eine starke Vergrößerung des Herzens und ein Tumor von Kindsfaustgröße und lappiger Ge-

stalt. Dieser ging vom Septum atriorum in der Nähe des Foramen ovale aus, ragte durch das Ostium venosum sin. in den linken Ventrikel und hatte hier die Papillarmuskeln abgespaltet. Mikroskopisch erwies er sich als ein Myxom. B. hält den Tumor wegen seines Sitzes für kongenital angelegt. Auffallend ist, daß er erst so spät klinische Erscheinungen gemacht hat. Das Verschwinden des systolischen Geräusches vor dem Tode erklärt sich aus den anatomischen Verhältnissen. Bennecke (Jena).

Wenckebach, Über adhäsive Perikarditis. (Ned. Tydschr. v. Geneeskunde. 1906. Bd. 1. S. 1295.) W. berichtet über einen Fall von Mediastino-Perikarditis bei einem 15jährigen Knaben mit Concretio pericardii mit Erscheinungen von heftigen Kreislaufstörungen, Ödem, Dyspnoe, sehr großer Leber, negativem Ictus cordis, Pulsus paradoxus und inspirat. Anschwellung der Halsvenen. Als die interne Therapie lange Zeit ohne jeden Erfolg blieb, wurde zur Operation nach L. Brauer geschritten. Diese Operation besteht in einer Resektion der Rippen, die das Herz bedecken, und wurde von Brauer Cardiolysis genannt. Im Falle W.s wurde reseziert links die 4., 5., 6. und 7. Rippe von der Verbindung mit dem Sternum bis an die Mammillarlinie, und auch ein Teil des linken Sternalrandes.

Nach der Operation, die günstig verlief, war die Dyspnoe bedeutend gebessert, verschwanden die Ödeme und verkleinerte sich die Leber. Die Wirkung auf das Herz blieb aber eine recht schlechte, und nach einem Jahre trat ein bedeutender Aszites auf als Folge einer Art „Pseudozirrhose". Graanboom (Amsterdam).

Flesch u. Schossberger, Diagnose und Pathogenese der im Kindesalter häufigsten Form der Concretio pericardii cum corde. (Zeitschr. f. klin. Med. Bd. 59. Heft 1.) Die häufigste Form der Perikardialverwachsung im Kindesalter ist durch einen eigentümlichen Symptomenkomplex charakterisiert; im Vordergrund steht ein hochgradiger isolierter Aszites, pastöses Gesicht, zyanotische Lippen und Lebervergrößerung, wobei außer dem kleinwelligen, etwas beschleunigten Puls kein einziges Symptom auf das Herz deutet. Vermöge der charakteristischen Symptome stellt diese Form ein vollkommen fest umschriebenes Krankheitsbild dar. Die eigentümliche Form der Stauung muß auf Grund der von den Verff. angestellten Tierexperimente als eine Stauung rein kardialen Ursprungs betrachtet werden. Weshalb die kardiale Stauung bei dieser Affektion in konsequenter Weise so auftritt, muß vorläufig noch eine offene Frage bleiben. Freyhan (Berlin).

N. Thomesco et **S. Graçoski** (Bukarest), Symphyse tuberculeuse latente du péricarde. (Archives de méd. des enf. Mars 1906.) Die tuberkulöse Symphyse des Perikardiums wird nicht immer und in allen Perioden ihrer Entwicklung von Leberzirrhose und einer derselben entsprechenden Symptomatologie begleitet. Es ist also vorteilhaft, statt der Bezeichnung kardio-tuberkulöse Zirrhose, für den Hutinelschen Symptomkomplex diejenige von latenter tuberkulöser Symphyse des Perikardiums zu wählen. Letztere Be-

zeichnung entspricht einem reellen anatomischen Zustande des Zirkulationszentrums, welcher sich nur durch unbedeutende Herzsymptome kundgibt, während diese Veränderungen eine frühzeitige und tiefe Veränderung im Leberparenchym hervorrufen. In einem von den Verff. beobachteten Falle, einen 13 jährigen Knaben betreffend, war das Perikardium mit dem Herzen fest verwachsen, etwa 9 mm dick und von zahlreichen Tuberkeln durchsetzt. Die Leber war außerordentlich vergrößert (Gewicht 1422 g), doch bot dieselbe histologisch keine Zirrhose dar, vielmehr fanden sich weitgehende Atrophien der Trabekeln, während andererseits eine bedeutende Überladung der Zellen mit einem rötlichbraunen Pigmente zu verzeichnen war.

E. Toff (Braila).

Walther H. Schultze, Über Endocarditis tuberculosa parietalis. (Zentralbl. f. allg. Path. u. path. Anat. 1906. Bd. 17. Nr. 8.) Bei einem 11 jährigen, unter den Symptomen einer Miliartuberkulose gestorbenen Knaben fand sich außer einer Miliartuberkulose ein polypöses, 7 mm langes, der Richtung des Blutstromes entsprechend nach der Aorta zu gelagertes Gebilde, das breitbasig von dem vorderen Papillarmuskel des linken Ventrikels ausging. Dieses besteht mikroskopisch aus tuberkulösem Granulationsgewebe mit zahlreichen Tuberkeln und ist sehr reich an Tuberkelbazillen. Es konnte nachgewiesen werden, daß die elastischen Fasern des Endokards fast gar keine Veränderungen erkennen lassen, woraus unter anderem S. folgert, daß es sich um einen der sehr seltenen Fälle echter tuberkulöser Wandendokarditis handelt, und daß das Gebilde nicht etwa aus einem sekundär infizierten Thrombus hervorgegangen ist. Wahrscheinlich, doch nicht sicher beweisbar, ist die Miliartuberkulose von dieser Stelle ausgegangen.

Bennecke (Jena).

Boulay et **F. Heckel,** Le nez et la gorge considérés comme portes d'entrée de la tuberculose. (Congrès international de la tuberculose. Séance du 2. Octobre 1905.) Der Nasenrachenraum ist eine der wichtigsten Eingangspforten für die meningeale und pulmonale Tuberkulose. Speziell die Lungentuberkulose macht drei Etappen durch: 1. Naso-pharyngeale Etappe; 2. Zerviko-mediastinale Drüsenetappe und 3. Pleuro-pulmonale Etappe. Auf diese Weise wäre auch die Häufigkeit der tuberkulösen Lokalisation in den Lungenspitzen zu erklären. Es ist daher von Wichtigkeit, selbst anscheinend unbedeutende Erkrankungen und Läsionen der Nase, des Rachens, der Tonsillen usw. einer aufmerksamen Behandlung zu unterziehen, um keine offenen Pforten für die Tuberkulose bestehen zu lassen.

E. Toff (Braila).

Felix, Die Zerstückelung (Morcellement) der hypertrophischen Gaumentonsille. (Monatsschr. f. Ohrenheilkunde. 1905. Heft 10.) Verf. bedient sich der von Ruault angegebenen Lochzange, mit welcher, nachdem die Krypten der Mandel geleert und die Verwachsungen der Gaumenbögen mit der Mandel gelöst sind, die Zerstückelung bzw. Zerquetschung vorgenommen wird. Diese Zange unterscheidet sich von allen anderen zu diesem Zwecke angegebenen dadurch, daß sie nicht schneidend, sondern quetschend wirkt, ein Umstand,

der die nachfolgenden heftigen Blutungen vermeidet, welche bei älteren Kindern und Erwachsenen relativ häufig auftreten. Bei Kindern unter 10 Jahren wendet Verf. das Morcellement nicht an, weil die Operation mehr Zeit in Anspruch nimmt, als die Tonsillotomie, und auch beide Mandeln in einer Sitzung nicht abgetragen werden können. Außerdem ist die Blutung bei Kindern unter 10 Jahren meist nicht erheblich. A. Sonntag (Berlin).

I. A. del Cueto, Prophylaktische Blutstillung in der Otorhinolaryngologie. (Arch. de Linecop. etc., Ref.: Rev. de Med. y Cir. Pract. 14. Juni 1906.) Verf. verwendet das Chlorkalzium, um die Gerinnungsfähigkeit des Blutes zu vermehren und so Blutungen und Nachblutungen zu verhüten. Die verschriebene Lösung wird vom Vorabend an bis 2 Stunden vor der Operation in vier Portionen gegeben; sie darf nicht mit Milch zusammengebracht werden. Das für einen Erwachsenen passende, für Kinder entsprechend zu verändernde Rezept ist: Chlorcalcium purum 3,0, Aq. dest. 250, Sir. qu. s.

M. Kaufmann.

Fleischmann, Über die Behandlung eitriger Mittelohrerkrankungen mit Bierscher Stauungshyperämie. (Monatsschr. f. Ohrenheilk. 1906. Heft 5.) Im Gegensatz zu den Erfahrungen Kepplers kann Verf. im Einklang mit Heine und Stenger nicht so Günstiges über die Stauungsbehandlung bei eitrigen Mittelohrerkrankungen berichten. Zur Behandlung kamen 25 Fälle, und zwar 9 Fälle unkomplizierter akuter Mittelohrerkrankung, 12 Fälle akuter Mastoiditis, 2 Fälle chronischer Mittelohreiterung und 2 Fälle von Perichondritis der Ohrmuschel. Am günstigsten waren noch die Erfolge bei der unkomplizierten akuten Mittelohreiterung, indem von den 9 Fällen 6 innerhalb 10—23 Tagen ausheilten. Die anderen 3 Fälle mußten, da sie nach mehrwöchiger Behandlung keine Besserung zeigten, in der üblichen Weise behandelt werden, worauf Heilung in 10—20 Tagen eintrat. Von den 12 Mastoiditiden heilten mit Stauung fünf, die übrigen mußten operiert werden, wobei sich bei zwei Kranken derartig weitgehende Senkungsabszesse und Zerstörungen des Knochens fanden, daß ein weiteres Fortfahren mit der Stauung direkt lebensgefährdend gewirkt hätte. Bei den 4 Fällen chronischer Mittelohreiterung und Perichondritis blieb das Verfahren ohne jede Einwirkung. Da auch schon andere Autoren (Heine, Hinsberg) derartige üble Erfahrungen mit der Stauungsbehandlung gemacht haben, hält Verf. die neue Methode für dieses Gebiet für bedenklich. Da die Akuität des Krankheitsbildes durch die Behandlung genommen wird, indem aus der manifesten eine latente Form gemacht wird, wird man häufig zu einer Verzögerung verleitet und versäumt so den richtigen Moment zum Eingriff. A. Sonntag (Berlin).

M. Allen Starr, Intracranial Lesions as Sequelae of Chronic Purulent Otitis Media. (Med. Record. Vol. 69. Nr. 10.) Die gewöhnlichen Gehirnkomplikationen von Mittelohrentzündung sind: Gehirnabszeß, Meningitis und Sinusthrombose und nicht selten akute Encephalitis. Letztere wurde zuerst von Strümpell beschrieben, der

glaubte, daß sie meistens bei Otitis media der Kinder eintritt; die neuesten Untersuchungen von **Oppenheim**, **Voss** und **Mygind** beweisen jedoch, daß Encephalitis auch bei Erwachsenen auftritt. Die Symptome von Encephalitis acuta ähneln denen des Gehirnabszesses, und zwar: plötzliches Auftreten von akuten Gehirnsymptomen, Fieber, langsamer Puls, Stupor, sensorische und motorische Aphasie, Paralyse des Facialis oder Brachialis oder Epilepsie, haben aber mit Gehirnabszeß nichts gemein, was die pathologische Anatomie anbetrifft, indem in keinem dieser Fälle Eiter vorgefunden wurde.

Wenn eine chronische Otitis media durch Entwicklung eines intrakraniellen Abszesses kompliziert wird, so erscheinen folgende Symptome: Allgemeine oder lokale Kopfschmerzen; eine Änderung im Gemütszustand; lokale, kranielle Empfindlichkeit bei Perkussion, manchmal sogar ein Abweichen vom normalen Schädelschall beim Klopfen über die affizierte Seite; abnormale Temperatur und subnormaler Pulsschlag, der mit dem Fortschreiten der Krankheit immer langsamer wird; Paralyse des Facialis, wenn eine Folge der Ohrentzündung auf derselben Seite, wenn verursacht durch den Gehirnabszeß auf der entgegengesetzten Seite, Neuritis optica — erst spät oft, anfänglich eine Kontraktion und später Dilatation der Pupille — die letzten zwei Symptome sind nicht konstant. Differentialdiagnostisch ist die Untersuchung der Zerebrospinalflüssigkeit wichtig, indem dieselbe bei Meningitis eine ungeheuere Menge von Leukozyten enthält, während der Leukozytengehalt beim Gehirnabszeß sehr gering ist; ferner ist gewöhnlich die Zerebrospinalflüssigkeit beim Gehirnabszeß frei von Mikroorganismen, während letztere stets und reichlich vorhanden sind bei den verschiedenen Arten von Meningitis. Die Untersuchung des Blutes ist oft ebenfalls von diagnostischer Bedeutung. Solange es sich um eine chronische Otitis handelt, bleibt der Leukozytengehalt im Blute niedrig, beim Eintritt einer Gehirnkomplikation steigt derselbe: und zwar langsam beim Zerebralabszeß, aber recht schnell und hoch bei Gehirnentzündung.

Verf. empfiehlt Frühoperation in allen Fällen von Zerebralabszeß und gibt kurz die Krankheitsgeschichten von 81 Patienten, von denen 42 nach der Operation genasen.

H. B. Sheffield.

Hill Hastings, Mastoiditis-some practical points. (Southern California Practitioner. Vol. 21. Nr. 8. Aug. 1906.) Als unbedingte Symptome der Mastoiditis, die eine Operation indizieren, stellt Verf. auf: 1. Starke Ohrschmerzen, von Taubheit oder maschinenähnlichen Geräuschen begleitet. 2. Unaufhörliches Ausströmen von Eiter aus dem Ohr. 3. Empfindlichkeit des Processus mastoideus, besonders über der Höhle und an der Spitze. Auf die Schwellung darf man keinen Wert legen, sie fehlt zumal bei Kindern gewöhnlich. 4. Die physikalischen Zeichen einer starken infektiösen Mittelohrentzündung, vor allem rotes, sich vorwölbendes Trommelfell mit Perforation, ferner eine Senkung in dem hinteren oberen Quadranten.

Fischer-Defoy (Kiel).

Hoffmann, Die Noma des Ohres. (Zeitschr. f. Ohrenheilk. 1906. Bd. 51. Heft 4.) Einer der seltenen Fälle von Noma, vom

Ohr ausgehend. Es handelte sich um ein 2 jähriges Mädchen, welches an einer chronischen Mittelohreiterung litt. Im Anschluß an Masern trat Blutausfluß aus dem Ohre auf, hinter dem Ohr entstand nach 4 Tagen eine Schwellung, auf deren Kuppe sich eine scharf umschriebene mandelgroße hämorrhagische Blase bildete. Der Knorpel lag an der vorderen Seite des Gehörgangseinganges bloß und war mit der Sonde frei beweglich. Das Kind sah derartig verfallen aus, daß vorläufig von einer Operation Abstand genommen wurde, erst nach 3 Tagen, als die Gangrän so groß wie eine Hand war und auf den unteren Teil der Ohrmuschel und die Parotisgegend übergegangen war und das Allgemeinbefinden sich etwas gebessert hatte, wurde zur Operation geschritten. Trotzdem das Gewebe bei derselben bis weit ins Gesunde entfernt wurde, schritt die Gangrän unaufhaltsam weiter. Das Kind erlag der Erkrankung nach weiteren 6 Tagen. Die Noma des Ohres wurde bis jetzt nur an Kindern beobachtet im Alter von 24 Tagen bis zu $4^3/_4$ Jahren. Ausfluß aus dem Ohre bestand in allen Fällen schon seit längerer Zeit, die Dauer der Erkrankung betrug im Durchschnitt 9 Tage. „Färbt sich im Verlauf einer Otitis media purulenta der Ausfluß plötzlich hämorrhagisch und wird er aashaft stinkend, tritt ein die Muschel abhebendes pralles Ödem in der Umgebung auf, während aus dem Meatus sich Knorpelsequester bei rascher flächenhafter Zunahme der Gangrän abstoßen, dann ist die Diagnose Noma gesichert und schnellstes Handeln geboten, denn die Prognose wird sonst stündlich ungünstiger: alle 8 Fälle von Noma des Gehörgangs gingen zugrunde.“ Ein energisches chirurgisches Vorgehen dürfte das erste Erfordernis sein. Verschorfung und Röntgenbestrahlungen fördern die Reaktion im umgebenden Gewebe. Um die Blutgefäße des Kopfes zu füllen, soll der Kopf tief gelagert werden. Im übrigen muß für möglichst roborierende Kost und gründliche Pflege der Mundhöhle gesorgt werden.

A. Sonntag (Berlin).

Henrici, Weitere Erfahrungen über die Tuberkulose des Warzenfortsatzes im Kindesalter. (Zeitschr. f. Ohrenheilk. 1906. Bd. 51. Heft 2.) Verf. fügt den von ihm vor einem Jahre mitgeteilten acht Fällen von Tuberkulose des Processus mastoideus im Kindesalter sechs neue hinzu. Bezüglich des Krankheitsverlaufes hat Verf. bei den jetzigen Fällen den Eindruck gewonnen, daß sich die Ausheilung der Wunde im allgemeinen doch etwas länger hinzieht, als bei gewöhnlichen Mastoiditiden; häufiger war er gezwungen, die Wundgranulationen auszukratzen und den Knochengrund zu evidieren. Eine vollkommene Heilung ist in den meisten Fällen mit der einfachen Warzenfortsatzaufmeißelung zu erzielen, nur einmal wurde die Radikaloperation nötig. Die Entscheidung darüber läßt sich meist erst bei der Operation treffen. Bei einem Falle hatte der von dem Entzündungsherd ausgehende Reiz zu einer vollkommenen Sklerosierung des Knochens in der Umgebung des Krankheitsherdes geführt; die den Granulationen anliegenden Knochenwandungen waren ganz glatt und hart. Es machte dieser Befund den Eindruck, als ob über kurz oder lang eine Eliminierung des Granulationsherdes und somit eine Spontanheilung eintreten würde. Ein Fall endete tödlich. Da

er ein Kind von 10 Monaten betraf, ist auch hier wieder die Erfahrung bestätigt, daß Kinder im ersten Lebensjahre besonders gefährdet sind. Bei älteren Kindern ist die Erkrankung prognostisch verhältnismäßig günstig zu beurteilen. Die Häufigkeit der tuberkulösen Mastoiditis beträgt etwa $^1/_6$ aller Mastoiditiden bei Kindern.

A. Sonntag (Berlin).

Lewin, Abundante Entleerung von Liquor cerebrospinalis vom äußeren Gehörgang bei intaktem Trommelfell. (Russkij Wracz. 1906. Nr. 5.) Ein 14jähriges Mädchen klagt, daß seit 2 Wochen sich eine klare wässerige Flüssigkeit, bis zu 3 Liter binnen 24 Stunden vom linken Ohr entleert; tagsüber entleerten sich 5—6mal je 1—2 Gläser, nachts war das Polster ganz durchtränkt. Vor 15 Tagen fiel Patientin hinterrücks mit dem linken Ohr an eine Ofenkante. Durch 3 Tage litt das Mädchen an starken Kopfschmerzen, Stechen im Ohre und Kopfschwindel; das Bewußtsein war jedoch stets erhalten, auch zeigte sich kein Blut aus dem Ohre. Nach dem dritten Tage zeigte sich der oben beschriebene Ohrenfluß, dessen Intensität sich stets steigerte. Allgemeinbefinden gut. Die objektive Untersuchung ergibt Schwellung und Schmerzhaftigkeit des knöchernen Teiles des äußeren Gehörganges; Trommelfell intakt, ohne Sprung, ohne Bluterguß.

Die genaue Beobachtung ließ Simulation ausschließen. Das Leiden dauerte 3 Wochen; die Untersuchung der Flüssigkeit ergab die Kennzeichen des Liquor cerebrospinalis. Verf. nimmt einen Sprung an der Schädelbasis an, dort wo dieselbe einen Teil des äußeren knöchernen Gehörganges bildet. Analogen Fall hat Zaufal publiziert.

Interessant ist es, daß der Verlust so großer Mengen von Zerebrospinalflüssigkeit keinerlei üble Folgen weder für das Gehirn noch den Organismus hatte.

Gabel (Lemberg).

III. Aus Vereinen und Versammlungen.

Münchener Gesellschaft für Kinderheilkunde.

Maisitzungen.

Adam demonstriert einen Fall von **diffuser Sarkomatose der Leptomeningen**; kleine Knötchen und flächenhafte Geschwülste, mikroskopisch aus Runzeln bestehend, fanden sich an der Großhirnoberfläche am Chiasma und im vierten Ventrikel. Die Diagnose konnte nicht gestellt werden, der Zustand war im ganzen ein wechselvoller, das Ende ein plötzliches; „tâches cérébrales“ fehlten.

Dörnberger spricht über **Zahnungskrankheiten**. Die verschiedenen Autoren bekämpfen sich in der Literatur mit mehr Hitze als Sachlichkeit. Nach Ansicht des Vortr. kann der Zahndurchbruch ein Fremdkörpergefühl veranlassen, ebenso wie eine gewisse Reizung des Zahnfleisches, die sich bis zur Entzündung steigern kann, Schmerz, Unruhe, gestörten Schlaf. Krämpfe dagegen, Ausschläge, Fieber, Husten, Diarrhöen sollten nicht in Zusammenhang mit der Zahnung gebracht

werden. In der Diskussion möchte Spiegelberg, der im allgemeinen den Ausführungen des Vortr. zustimmt, den Zusammenhang mancher Erscheinungen, namentlich auf nervösem Gebiete, mit der Zahnung nicht so gründlich zurückgewiesen sehen, den Strophulus retten und die Krämpfe als Reaktion auf einen hier vom Zahnfleisch ausgehenden peripheren Reiz bei Spasmophilen aufrecht erhalten, obgleich ihm diese Anschauungen schon vor Jahren den heftigen Angriff eines Fanatikers der Wissenschaft zugezogen haben. Die wahrscheinlich gesteigerte elektrische Erregbarkeit müsse das Bindeglied bilden.

Rommel verteidigt ebenfalls die Beteiligung der Nervensphäre (Strophulus, Pollakiurie usw.). Feststellung der elektrischen Übererregbarkeit, Prüfung des Hirndrucks und Studium der Wachstumskurven könnten Klarheit schaffen. In gleichem Sinne spricht sich Hutzler aus. Jener bemerkt, daß es für die Verbindung physiologischer Vorgänge mit pathologischen Folgezuständen genug Analogien gibt.

Pfaundler ist durch Erfahrung bei der eigenen Zahnung von der Negierung zurückgekommen. Exakte Untersuchungen sind jedenfalls schwer. Die seinerzeit in Graz angestellten elektro-diagnostischen Untersuchungen sprechen für eine Steigerung der elektrischen Erregbarkeit während pathologischer Dentition; sie scheint bei dem Schneidezahndurchbruch zu fehlen.

Trumpp findet bei der Zahnung eine oft erhebliche Anorexie. Dörnberger verwahrt sich im Schlußwort dagegen, mißverstanden zu werden, indem er sich hauptsächlich gegen die Zahnkrankheit als Verlegenheitsdiagnose gewendet haben wollte.

Dörnberger regt in einem kurzen Vortrag über die Schwierigkeit der Verhütung der Keuchhustenverbreitung in öffentlichen Stadtanlagen und Sommerfrischen die Anlage eines abgegrenzten, mit allen Hilfsmitteln ausgerüsteten Walderholungsplatzes zur Freiluftbehandlung mit Isolierung an und schlägt ferner die Errichtung von Keuchhustensanatorien in geeigneter Gegend vor.

Aus der Diskussion sind bemerkenswert die Erfahrungen Rommels über den offensichtlichen Erfolg der Freiluftbehandlung an einer Keuchhustenepidemie im Münchener Säuglingsheim, erhoben durch die Verlegung aller Erkrankten aus dem Heime in eine ländliche Villa und Vergleichsbeobachtungen.

Zum Schlusse der Sitzung brachte Trumpp einen Fall von **Erythema infectiosum Sticker** zur Mitteilung, das bei einem 16 jährigen Mädchen mit blauroten Flecken im Gesicht, subjektiv Brennen ohne Fieber begann, sich nachher als scharf gegen Ohren und Mundgegend abgesetzte, aus unregelmäßigen Flecken zusammenfließende Röte, begleitet von Exanthem des Gaumens, Follikelschwellung usw. zu erkennen gab; an den Extremitäten ähnliches Exanthem, mehr gleichmäßig scharlachrot auf den Streckseiten; am dritten Tage erkrankte in leichterer Form die Schwester. Keine Prodrome, Quelle unbekannt, Inkubation nicht zu erheben, Involution ähnlich dem Erythema multiforme. Vortr. betont besonders die bei solchen Erythemen gegebene Gelegenheit zu Fehldiagnosen.

Eine Sitzung am letzten Mai war der Durchberatung einer Dienstanweisung für die Münchener Schulärzte gewidmet. Außerdem besprach Trumpp einen Fall von **Urogenitaltuberkulose.**

Sitzung vom 12. Juli 1906.

Reinach demonstriert die Photographien eines Falles von **spastischer Pylorusstenose**, welcher der Gesellschaft vor 3 Monaten schon einmal vorgestellt worden war. Bei dem mit der Flasche genährten Kinde hatten die sehr typischen Erscheinungen ca. 4 Wochen nach der Geburt eingesetzt. Durch diätetische Behandlung und Magenspülungen wurde nach $4^1/_2$ Monaten Dauerheilung erzielt.

In der Diskussion sprechen Pfaundler, Reinach, Seitz.

Reinach spricht über die Knochenveränderungen bei **kongenitaler Lues** und illustriert an ca. 20 prächtigen Röntgenbildern die bei sieben luetischen Säuglingen gefundenen Knochenveränderungen: Ellenbogenschwellungen mit Parrotscher Lähmung, osteochondritische Veränderungen usw. und die Besserung bzw. Heilung unter spezifischer Behandlung.

Reinach demonstriert des weiteren Röntgenaufnahmen eines vor Jahresfrist

der Gesellschaft vorgestellten Falles von **Barlowscher Krankheit.** Das Kind ist inzwischen geheilt, was sich auch deutlich in den Bildern zu erkennen gibt.

Mennacher referiert über einen Fall von **Peritonitis** nach Perforation einer 4 Wochen im Darm liegenden Haarnadel.

Diskussion: Seitz.

Wolff zeigt das Präparat einer **Hydropyelonephrose.**

Diskussion: Adam, Seitz. Hecker.

Holländische Vereinigung für Kinderheilkunde.

Versammlung vom November 1905.

(Ned. Tydschrift v. G. 1906. Bd. 2. S. 139.)

v. Wely (den Haag) gibt einen **historischen Bericht des Kinderkrankenhauses zu den Haag** und von dessen Krankenmaterial.

v. d. Hoeven (den Haag) berichtet 1. über den Fall eines **Fremdkörpers** (eine Münze von der Größe eines Zweipfennigstückes) **in dem Ösophagus**, hinter dem Manubrium sterni, konstatiert durch Röntgenphotographien und mit Erfolg entfernt durch die Oesophagotomia externa.

2. Über zwei Fälle von Hydrocephalus internus, beide behandelt mit Trepanation des Hinterhauptbeines, doch ohne Erfolg.

Milo (den Haag) demonstriert seinen neuen **Redresseur-Osteoklast.**

De Bruni (Amsterdam): a) **Einige Bemerkungen über die Behandlung von kongenitaler Pylorusstenose bei Säuglingen.**

Auf Grund von vier Fällen, durch B. wahrgenommen, bestreitet er die Meinung von Graanboom, der eine Trennung zu machen wünscht zwischen Spasmus pylori und kongenitaler hypertrophischer Pylorusstenose. B. ist der Meinung, daß es sich stets um eine kongenitale Pylorusstenose handelt.

Was die Therapie anbetrifft, so ist B. der Ansicht, daß eine konsequent durchgeführte interne Behandlung bessere Resultate liefert und den Vorzug vor dem Messer des Chirurgen verdient.

b) **Absud von Gemüse als diätetisches Heilmittel bei akuter Gastroenteritis von** Säuglingen.

Bei der diätetischen Behandlung der Gastroenteritis wird durch Méry die Aufmerksamkeit gelenkt auf den Wert des Gemüseabsudes als Übergang von der Wasserdiät auf die Milchdiät.

Die Bereitung des Gemüseabsudes wird durch Méry wie folgt angegeben: Man lasse ein Gemenge von 60 g Kartoffeln, 45 g Möhren, 15 g Steckrüben, 6 g getrockneten Erbsen und 6 g getrockneten Bohnen während 4 Stunden in einer zugedeckten Pfanne mit einem Liter Wasser kochen. Danach koliere man und fülle die so erhaltene Flüssigkeit wieder an bis zu einem Liter und füge 5 g Küchensalz bei.

Méry ging so zu Werke, daß er Säuglingen mit akuter Gastroenteritis zuerst 1—2 Tage Wasserdiät verabreichte und nachher, während einiger Tage, ja selbst bis zu einer Woche das Gemüseabsud. Sodann läßt er allmählich steigende Mengen Milch dem Gemüseabsud beifügen.

B. läßt noch auf jede 100 g vom Gemüseabsud $^1/_2$—1 Teelöffel Reismehl beifügen.

Er sah ebenso wie Méry die Fäzes schnell sich bessern und das Körpergewicht sehr schnell zunehmen. Die günstige Wirkung beruht wahrscheinlich auf dem hohen Gehalt an Kochsalz.

Bei der Anwendung traten manchmal Ödeme auf, welche jedoch nach Änderung der Nahrung wieder schnell verschwanden.

B. hat nun in einer Anzahl Fällen von Gastroenteritis das Gemüseabsud mit Beifügung von $^1/_2$—1 Teelöffel Reismehl per 100 g Absud angewendet. Er sah eben wie Méry schnelle Zunahme des Köpergewichts. Dabei traten manchmal Ödeme auf, die jedoch, sobald das Gemüseabsud mit Milch vermengt wurde, verschwanden. Trotzdem viele Säuglinge starben, glaubt B. die Methode doch anempfehlen zu dürfen.

Haverschmidt (Utrecht): **Nahrung schwächlicher Kinder nach dem Säuglingsalter.** H. macht aufmerksam, daß, während vor dem Säuglingsalter bei den verschiedenen Autoritäten ziemliche Einstimmigkeit betreffend der diätetischen Vorschriften herrscht, diese bei den verschiedenen Autoren ganz verschieden sind, wenn es sich um die Nahrung des Kindes nach dem ersten Lebensjahre handelt. So will dieser, daß Milch, Fleisch und Eier, andere dagegen gerade Amylaceen, Gemüse und Früchte die Hauptbestandteile der Nahrung sein sollen.

Bei seinem Materiale an schwächlichen Kindern ergab sich, daß die meiste Empfehlung eine Diät verdient, welche in der Hauptsache aus Milch und Amylaceen besteht mit einer Kalorienzahl von 101—80; bei den meisten jedoch schien eine Kalorienzahl von ungefähr 70 per Kilogramm Körpergewicht hinreichend für ein gutes Wachstum und Wohlbefinden. Die Anzahl Mahlzeiten per Tag (24 Stunden) sei 3—4.

Per Tag wurden durchschnittlich $^3/_4$ Liter Milch und 160 g Brot gegeben. Allmählich wurden Früchte und Gemüse beigefügt.

Graanboom (Amsterdam) berichtet a) **Über den Kongreß der Milchküche zu Paris.** b) **Ein paar neue Präparate von Säuglingsnahrung.** Über beide wurde bereits berichtet.

Timmer (Amsterdam): **Hydrocele communicans.** T.s Erfahrung hat ihm gelehrt, daß eine Anzahl von sogenannten nicht kommunizierenden Hydrocelen bei kleinen Kindern in Wirklichkeit wohl kommunizierende Hydrocelen seien, doch daß die Verbindung mit der Peritonealhöhle durch die Verstopfung des Kanales mit einem Stückchen Netz oder durch einen Recessus von dem Hydrocelsack gestört war.

Graanboom.

IV. Neue Bücher.

Die Säuglingsmilchküchen der Patriotischen Gesellschaft in Hamburg. Erster Jahresbericht 1904/05, erstattet von Physikus Dr. Sieveking. Hamburg 1906. Verlag von C. Boysen. 33 Seiten. 0,60 Mk.

Die Hamburger Milchküchen, die Neumann in seinem bekannten Vortrage (Med. Reform. 1905. Nr. 49) als „Mustereinrichtung" bezeichnet hat, treten mit der vorliegenden kleinen Schrift zum ersten Male an die breitere Öffentlichkeit, und ihr Leiter, Stadtphysikus Dr. Sieveking, berichtet „ohne viele Umschweife von guten und bösen Erfahrungen". —

Die durchschnittliche Säuglingssterblichkeit in den letzten 5 Jahren betrug in Hamburg 28,6 % der Gesamtsterblichkeit oder 17,6 Säuglingstodesfälle auf 100 Geburten; bei der Bekämpfung dieser hohen Mortalität sollen die Milchküchen helfen, einmal dadurch, daß sie hygienisch geschulten Ärzten Gelegenheit geben zur Belehrung über die Pflege und Ernährung des Säuglings, besonders gelegentlich der wöchentlichen ärztlichen Wiegestunde, andererseits durch Beschaffung trinkfertiger pasteurisierter Milch oder Milchmischung zu billigem Preise (pro Liter 25 Pf.). Die einwandfreie Quelle der Milchversorgung, die Zuverlässigkeit und Güte der Mischungen, der geregelte, peinlich saubere Betrieb haben dies gemeinnützige Unternehmen rasch eingebürgert, so daß im ersten Berichtsjahr 726 Säuglinge mit einem Tagesumsatz von ca. 1400 Flaschen versorgt wurden. Zur Verabreichung gelangen Vollmilch und drei verschiedene Milchverdünnungen mit 5 %iger Lösung von Soxhletschem Nährzucker und von Milchzucker in Wasser. Die Pasteurisierung erfolgt durch 10 Minuten lange Erhitzung mittels strömendem Wasserdampf auf 70° C. und nachfolgende Abkühlung.

Einige statistische Tabellen, die Bezugsbedingungen und andere Vorschriften, sowie einige Abbildungen ergänzen die lehrreichen Mitteilungen. Durch die technischen Vollkommenheiten haben die Hamburger Milchküchen schon für Kiel und andere Orte vorbildlich gewirkt.

W. Wegscheider.

O. Heubner. **Lehrbuch der Kinderheilkunde.** Leipzig 1906. Verlag von Joh. Ambr. Barth. 2 Bände. Preis: Mk. 14, gebd. Mk. 16,50.

Daß Heubners Lehrbuch außerordentlichen Erfolg haben würde, war vorauszusehen, und es ist in der Tat jetzt, 3 Jahre nach dem Erscheinen des

1. Bandes bereits eine 2. Auflage nötig geworden. Da der 2. Band erst vor einem halben Jahre die Presse verlassen hat, erscheint er jetzt unverändert wieder. Im 1. Bande hat der Autor jedoch sorgfältigst alles, was in den letzten Jahren wirklich wertvolle Fortschritte in der Pädiatrie bedeutete, registriert und dafür manches Unwichtigere aus dem früheren Texte weggelassen, so daß der Umfang des Werkes der gleiche geblieben ist.

Noch einmal näher auf das Lehrbuch einzugehen, erübrigt sich wohl. Es wird sich sicher zu den bisherigen zahlreichen neue Freunde erwerben.

Grätzer.

Neue Dissertationen.

(Aus deutschen Universitäten.)

Brommer, G., Ein Fall von infantiler Pseudobulbärparalyse (Erlangen). — **Brüning, H.**, Beiträge zur Lehre der natürlichen und künstlichen Säuglingsernährung. Habilitationsschrift (Rostock). — **Cords, R.**, Ein Fall von postdiphtheritischer Gehirnerkrankung mit besonderer Berücksichtigung unserer heutigen Kenntnisse vom Zwangslachen (Leipzig). — **Dawidsohn, J. H.**, Über eine seltene Mißbildung (Würzburg). — **Hasse, K.**, Kurzer Überblick über die Geschichte und Ätiologie des Keuchhustens mit einigen Beiträgen (München). — **Henschke, J.**, Über einen Fall von angeborener doppelseitiger Kniegelenksluxation nach vorn (Leipzig). — **Heuss, L.**, Ein Fall von Nierensarkom im kindlichen Alter (München). — **Hohenhaus, E.**, Über die Beziehungen der Rinder- und Menschentuberkelbazillen sowie deren Infektionswege im menschlichen Körper (Leipzig). — **Hoth, F.**, Statistischer Beitrag zur Dementia praecox, „Jugend-Irresein" (Rostock). — **Junge, W.**, Ein Fall von Angiosarkom (Peritheliom) am Halse bei einem 7 Monate alten Kinde (Kiel). — **Kasten, J.**, Zur Lehre der Hämoptoe im Säuglingsalter (Rostock). — **Klimpel, E.**, Lassen sich die Imbibitionserscheinungen an den brechenden Medien mazerierter Kinder zur Bestimmung der Zeit des intrauterinen Todes verwenden? (Marburg). — **Kohlhage, Th.**, Über fötalen Riesenwuchs (Halle). — **Lewit, J.**, Tabische Sehnervenatrophie bei hereditärer Lues (Berlin). — **Meyer, R.**, Über Rekurrenslähmung im Kindesalter (Leipzig). — **Schabort, J. P.**, Beiträge zur Kenntnis der Darmstörungen der Säuglinge und der Säuglingssterblichkeit (Heidelberg). — **Schitomirsky, J.**, Beitrag zur Behandlung der Pylorusverengung im Säuglingsalter durch künstliche Ernährung (Berlin). — **Schubert, C.**, Ein Fall von hysterischer Aphasie im Kindesalter (Kiel). — **Singer, A.**, Unsere bisherige Kenntnis der angeborenen Haarlosigkeit des Menschen, nebst einem neuen Beitrage (Erlangen). — **Vogel, F.**, Experimentelle Untersuchungen über das Verhalten von Xerosebazillen im Glaskörper von Kaninchen, — bei gegen Diphtherie immunisierten und nicht immunisierten Tieren (Freiburg). — **Voigt, A.**, Die Milchsterilisierung in ihrer gesundheitlichen und praktischen Ausführung (Leipzig).

V. Monats-Chronik.

Heidelberg. **Gestorben:** Prof. Dr. Vierordt.

Nizza. Die Behörden haben **Gesundheitszeugnisse** für **Schulkinder** eingeführt, in denen alles auf das körperliche und geistige Befinden der Kinder Bezügliche während der Schulzeit eingetragen wird, um die ständige schulärztliche Überwachung zu erleichtern.

Paris. Dr. Darier besucht in ministeriellem Auftrage Deutschland zum Studium der Einrichtung der Augenhygiene in den Schulen.

Verantwortlicher Redakteur: Dr. Eugen Graetzer in Friedenau-Berlin. — Verlag von Johann Ambrosius Barth in Leipzig. — Druck von Metzger & Wittig in Leipzig.

Centralblatt für Kinderheilkunde.

Eine Monatsschrift für praktische Ärzte.

XI. Jahrgang. 1. Dezember 1906. No. 12.

I. Originalbeiträge.

Die Ernährung mit „Holländischer Säuglingsnahrung“, einem Buttermilchgemisch — Buttermilchkonserve.

Vortrag, gehalten im ärztlichen Verein Frankfurt a. M.

Von

Dr. **Alb. Feuchtwanger** (Frankfurt a. M.).

Jetzt einen Vortrag über Buttermilch zu halten, dürfte für den Kenner der ganz außergewöhnlich großen Literatur über diesen Gegenstand müßig erscheinen. Existieren doch ausführliche, gründliche Arbeiten von Ballot, de Jager, Teixeira, de Mattos, Salge, Caro, Baginsky, Rendsburg, Brüning, de Rothschild, Arrago, Hutinel, Kobrak, Rommel, Selter, Sperk, Köppe, Gernsheim, Finkelstein, Graanboom und vielen anderen. Erst vor einigen Wochen hat H. Köppe in Gießen eine sehr interessante lesenswerte Studie über diese Buttermilch im Jahrbuch für Kinderheilkunde veröffentlicht. Und trotzdem erscheint es mir wichtig und nötig, an der Hand eines größeren Materials ein zusammenfassendes Urteil zu gewinnen. Ich möchte Ihnen über meine Erfahrungen mit einer Buttermilchkonserve berichten, die in Vilbel von Staudt & Co. hergestellt wird und im Laboratorium von Köppe in Gießen beaufsichtigt und kontrolliert wird. Ich habe deshalb zu einer Konserve der Buttermilch meine Zuflucht genommen — der Not gehorchend, nicht dem eigenen Triebe —, weil ich mit gewöhnlicher Buttermilch, die ich von anderer Seite hier besorgte, schlechte Erfahrungen machte. Die Buttermilch hätte sich längst mehr eingebürgert, wenn nicht, wie dies auch verschiedene Autoren berichten, die Qualität der Buttermilch eine schlechte gewesen wäre. Deshalb machte ich Versuche mit einem in seiner Zusammensetzung konstanten Präparat, dessen Güte mir die nötige Garantie bot. Wie Sie wissen, kann ja die Buttermilch auf verschiedenste Weise hergestellt werden. Die einen stellen sie aus von selbst sauer gewordenem Rahm her, die zweiten versetzen gesäuerten Rahm mit Milchsäurebazillenreinkultur, mit dem sog. Säurewecker, die dritten gewinnen die Buttermilch aus spontan sauer gewordener Vollmilch, die vierten aus gesäuerter Magermilch, „Fermentmilch“, die mit Säureweckern versetzt ist, die fünften aus süßer Magermilch. Unsere Vilbelsche Buttermilchkonserve, unsere holländische

1. Bandes bereits eine 2. Auflage nötig geworden. Da der 2. Band erst vor einem halben Jahre die Presse verlassen hat, erscheint er jetzt unverändert wieder. Im 1. Bande hat der Autor jedoch sorgfältigst alles, was in den letzten Jahren wirklich wertvolle Fortschritte in der Pädiatrie bedeutete, registriert und dafür manches Unwichtigere aus dem früheren Texte weggelassen, so daß der Umfang des Werkes der gleiche geblieben ist.

Noch einmal näher auf das Lehrbuch einzugehen, erübrigt sich wohl. Es wird sich sicher zu den bisherigen zahlreichen neue Freunde erwerben.

Grätzer.

Neue Dissertationen.

(Aus deutschen Universitäten.)

Brommer, G., Ein Fall von infantiler Pseudobulbärparalyse (Erlangen). — **Brüning, H.**, Beiträge zur Lehre der natürlichen und künstlichen Säuglingsernährung. Habilitationsschrift (Rostock). — **Cords, R.**, Ein Fall von postdiphtheritischer Gehirnerkrankung mit besonderer Berücksichtigung unserer heutigen Kenntnisse vom Zwangslachen (Leipzig). — **Dawidsohn, J. H.**, Über eine seltene Mißbildung (Würzburg). — **Hasse, K.**, Kurzer Überblick über die Geschichte und Ätiologie des Keuchhustens mit einigen Beiträgen (München). — **Henschke, J.**, Über einen Fall von angeborener doppelseitiger Kniegelenksluxation nach vorn (Leipzig). — **Heuss, L.**, Ein Fall von Nierensarkom im kindlichen Alter (München). — **Hohenhaus, E.**, Über die Beziehungen der Rinder- und Menschentuberkelbazillen sowie deren Infektionswege im menschlichen Körper (Leipzig). — **Hoth, F.**, Statistischer Beitrag zur Dementia praecox, „Jugend-Irresein" (Rostock). — **Junge, W.**, Ein Fall von Angiosarkom (Peritheliom) am Halse bei einem 7 Monate alten Kinde (Kiel). — **Kasten, J.**, Zur Lehre der Hämoptoe im Säuglingsalter (Rostock). — **Klimpel, E.**, Lassen sich die Imbibitionserscheinungen an den brechenden Medien mazerierter Kinder zur Bestimmung der Zeit des intrauterinen Todes verwenden? (Marburg). — **Kohlhage, Th.**, Über fötalen Riesenwuchs (Halle). — **Lewit, J.**, Tabische Sehnervenatrophie bei hereditärer Lues (Berlin). — **Meyer, R.**, Über Rekurrenslähmung im Kindesalter (Leipzig). — **Schabort, J. P.**, Beiträge zur Kenntnis der Darmstörungen der Säuglinge und der Säuglingssterblichkeit (Heidelberg). — **Schitomirsky, J.**, Beitrag zur Behandlung der Pylorusverengung im Säuglingsalter durch künstliche Ernährung (Berlin). — **Schubert, C.**, Ein Fall von hysterischer Aphasie im Kindesalter (Kiel). — **Singer, A.**, Unsere bisherige Kenntnis der angeborenen Haarlosigkeit des Menschen, nebst einem neuen Beitrage (Erlangen). — **Vogel, F.**, Experimentelle Untersuchungen über das Verhalten von Xerosebazillen im Glaskörper von Kaninchen, — bei gegen Diphtherie immunisierten und nicht immunisierten Tieren (Freiburg). — **Voigt, A.**, Die Milchsterilisierung in ihrer gesundheitlichen und praktischen Ausführung (Leipzig).

V. Monats-Chronik.

Heidelberg. **Gestorben**: Prof. Dr. Vierordt.

Nizza. Die Behörden haben **Gesundheitszeugnisse** für **Schulkinder** eingeführt, in denen alles auf das körperliche und geistige Befinden der Kinder Bezügliche während der Schulzeit eingetragen wird, um die ständige schulärztliche Überwachung zu erleichtern.

Paris. Dr. Darier besucht in ministeriellem Auftrage Deutschland zum Studium der Einrichtung der Augenhygiene in den Schulen.

Verantwortlicher Redakteur: Dr. Eugen Graetzer in Friedenau-Berlin. — Verlag von Johann Ambrosius Barth in Leipzig. — Druck von Metzger & Wittig in Leipzig.

Centralblatt für Kinderheilkunde.

Eine Monatsschrift für praktische Ärzte.

XI. Jahrgang. 1. Dezember 1906. No. 12.

I. Originalbeiträge.

Die Ernährung mit „Holländischer Säuglingsnahrung", einem Buttermilchgemisch — Buttermilchkonserve.

Vortrag, gehalten im ärztlichen Verein Frankfurt a. M.

Von

Dr. **Alb. Feuchtwanger** (Frankfurt a. M.).

Jetzt einen Vortrag über Buttermilch zu halten, dürfte für den Kenner der ganz außergewöhnlich großen Literatur über diesen Gegenstand müßig erscheinen. Existieren doch ausführliche, gründliche Arbeiten von Ballot, de Jager, Teixeira, de Mattos, Salge, Caro, Baginsky, Rendsburg, Brüning, de Rothschild, Arrago, Hutinel, Kobrak, Rommel, Selter, Sperk, Köppe, Gernsheim, Finkelstein, Graanboom und vielen anderen. Erst vor einigen Wochen hat H. Köppe in Gießen eine sehr interessante lesenswerte Studie über diese Buttermilch im Jahrbuch für Kinderheilkunde veröffentlicht. Und trotzdem erscheint es mir wichtig und nötig, an der Hand eines größeren Materials ein zusammenfassendes Urteil zu gewinnen. Ich möchte Ihnen über meine Erfahrungen mit einer Buttermilchkonserve berichten, die in Vilbel von Staudt & Co. hergestellt wird und im Laboratorium von Köppe in Gießen beaufsichtigt und kontrolliert wird. Ich habe deshalb zu einer Konserve der Buttermilch meine Zuflucht genommen — der Not gehorchend, nicht dem eigenen Triebe —, weil ich mit gewöhnlicher Buttermilch, die ich von anderer Seite hier besorgte, schlechte Erfahrungen machte. Die Buttermilch hätte sich längst mehr eingebürgert, wenn nicht, wie dies auch verschiedene Autoren berichten, die Qualität der Buttermilch eine schlechte gewesen wäre. Deshalb machte ich Versuche mit einem in seiner Zusammensetzung konstanten Präparat, dessen Güte mir die nötige Garantie bot. Wie Sie wissen, kann ja die Buttermilch auf verschiedenste Weise hergestellt werden. Die einen stellen sie aus von selbst sauer gewordenem Rahm her, die zweiten versetzen gesäuerten Rahm mit Milchsäurebazillenreinkultur, mit dem sog. Säurewecker, die dritten gewinnen die Buttermilch aus spontan sauer gewordener Vollmilch, die vierten aus gesäuerter Magermilch, „Fermentmilch", die mit Säureweckern versetzt ist, die fünften aus süßer Magermilch. Unsere Vilbelsche Buttermilchkonserve, unsere holländische

Säuglingsnahrung (H.S.) wird nach der **Ballotschen** und **Heubner-Salgeschen** Vorschrift hergestellt:

Sie wird aus saurem Rahm, der mit Milchsäurebazillenreinkultur versetzt ist, hergestellt und durch Butterung wird das Fett zum größten Teile entfernt. 1 Liter Buttermilch werden 60 g Zucker und 15 g Weizenmehl zugesetzt. Sie wird trinkfertig in $^1/_4$ Literflaschen abgegeben. Der Geschmack ist säuerlich-süß. Man muß also die Mütter immer aufmerksam machen, daß der saure Geschmack nicht auf verdorbene Milch hindeutet, sondern daß eine Buttermilch sauer schmecken muß. Die H.S. enthält ca. 2,5 $^0/_0$ Eiweiß, 0,5 $^0/_0$ Fett und 3,5 $^0/_0$ Zucker. Es ist also die H.S. eine fettarme, aber eiweiß- und kohlehydratreiche Nahrung.

Die Azidität beträgt 7 ccm $^1/_1$ norm. NaOH auf 100 ccm Buttermilch. Die trinkfertige H.S. teilt sich beim Stehen in den Flaschen in zwei Schichten: oben eine grünlich opaleszierende Schicht, die Molke, unten eine weiße, undurchsichtige Schicht, welche das Mehl und das Kasein enthält.

H. **Köppe** in Gießen hat auf eine interessante Erscheinung aufmerksam gemacht. Die deutlich grünliche Färbung der Buttermilchmolke wird, wenn wir die Flaschen dem Licht aussetzen, weiß. Beim Liegen in Kisten oder im Keller wird die Molke wieder grünlich. Man kann dieses Farbenspiel öfters wiederholen. Die Indikationen, die sich nach meiner und der Autoren Erfahrung für die Ernährung mit H.S. ergeben, sind folgende: Es muß in Übereinstimmung mit vielen Autoren zuerst ausdrücklich betont werden, daß akute Magendarmstörungen, Brechdurchfälle, absolut von der H.S. auszuschließen sind. Als ich noch vor wenigen Jahren die Buttermilch auch bei akuten Magendarmaffektionen empfahl, erlebte ich ganz erhebliche Verschlechterungen. Ein großer Vorteil ist uns aber bei der Behandlung der akuten Magendarmstörungen trotzdem in der H.S. erwachsen. Wir können nach der strengen Wasserdiät der ersten 48 Stunden bälder mit der H.S. beginnen, als wir dies früher mit Zufügung der Kuhmilch tun konnten. Die Kinder kommen durch die baldige Einschaltung dieser kalorienreichen Nahrung nicht so sehr herunter, wie bei dem früher üblichen Einschleichen der geringen Milchdosen zu den Schleimabkochungen. Das scheint mir ein nicht zu gering einzuschätzender Vorteil der H.S. zu sein.

Daß wir natürlich nach wie vor nicht nur bei akuten Magendarmstörungen, sondern überhaupt für die natürliche Mutterbrusternährung mit aller Energie eintreten, versteht sich von selbst. Die „arteigene“ Muttermilch kann durch keine „artfremde“ aus Kuhmilch hergestellte Säuglingsnahrung ersetzt werden. Der von **Schloßmann** geprägte Ausdruck von unnatürlicher Aufzucht im Gegensatz zur natürlichen Brusternährung trifft nach den modernen biologischen Studien den Nagel auf den Kopf.

Hinsichtlich der weiteren Indikationsstellung der Ernährung der Säuglinge mit H.S. ist es nötig, Ihnen einen kurzen Abriß eines modernen Einteilungsprinzips der Magendarmstörungen zu entwickeln. Nach **Biederts** Vorgang teilt auch **Fischl** im neuen **Pfaundler-**

Schloßmannschen Handbuch der Kinderheilkunde die Ernährungsstörungen bei unnatürlicher Aufzucht in folgende Abteilungen ein:

1. Störungen durch Überfütterung.
2. Störungen durch Nahrungsmangel.
3. Störungen durch mangelhafte Ausnützung der Nahrung (als Ganzes oder in einzelnen Bestandteilen, Konstituanten).
4. Störungen durch Infektion der Nahrung.

Uns interessiert hier nur die dritte Abteilung: Die Störungen durch mangelhafte Ausnützung der Nahrung. Wir sprechen von Magendarmstörungen: a) durch eine Kohlehydratinsuffizienz, b) durch eine Fettinsuffizienz, durch eine mangelhafte Ausnützung des Fettes und c) durch Unverträglichkeit der Kuhmilch, ohne daß bis jetzt eine Einigung erzielt ist, welcher Bestandteil der Milch (exklusive Fett) für diese Schädigung verantwortlich gemacht werden muß.

Die H.S. ist, wie ich oben auseinandergesetzt habe, eine fettarme (0,5 %), aber eiweiß- (2,5 %) und kohlehydrat (3,5 %) reiche Nahrung. Es ist also die H.S. indiziert 1. bei mangelhafter Ausnützung des Fettes bei Fettinsuffizienz, und 2. nach meiner praktischen Erfahrung bei Empfindlichkeit gegen die gewöhnliche Kuhmilch.

Wie ist nun eine Fettinsuffizienz, eine mangelhafte Ausnützung des Fettes zu diagnostizieren? Durch eine genaue makroskopische und mikroskopische Untersuchung der Fäzes nach dem Vorgange von Biedert und Selter. Bei der Biedertschen Fettdiarrhöe, die Biedert schon vor 12 Jahren beschrieben hat, besteht folgender Stuhlbefund: Häufige dünnflüssige, gelbgrüne Fäzes, von seifigem Glanze, stark saurer Reaktion, Geruch nach saurem Rahm oder ranziger Butter und mikroskopisch: Fetttropfen, Fettlachen und Fettnadeln. Aber aus dem Fäzesbilde allein darf man keine Schlüsse machen. Bei der Fettinsuffizienz sieht man die schwersten Intoxikationserscheinungen. Das Bild ist Ihnen ja allen bekannt: tiefliegende Augen, krampfartige Zuckungen, Jaktation, dann komatöser Zustand. Da feiert die H.S. oft, wenn auch nicht immer, ihre Triumphe nach einer mehrtägigen Entziehungskur.

Die Diagnose der Kuhmilchstörungen, für die wir einen bestimmten Bestandteil der Milch (exklusive Fett) bis jetzt noch nicht feststellen können, ergibt sich aus dem schlechten Allgemeinbefinden und der Fäzesuntersuchung: Dünne, braungelbe Brühe, stark alkalische Reaktion, faulig stinkiger Geruch, oft aashafter, jauchiger Gestank nach Fischen oder faulendem Käse, mikroskopisch nichts Besonderes zu finden. Auf den diagnostischen Wert der Gerüche der Fäzes hat besonders Selter mit Nachdruck hingewiesen. Unter diese Rubrik gehören auch die Fälle von Schloßmann und Finkelstein, allerdings Ausnahmekinder, bei denen rohe und gekochte Kuhmilch wie ein Gift wirkt. Ich habe ein Kind in der Privatpraxis 15 Monate behandelt, das, so oft es nur ganz geringe Dosen von Kuhmilch bekam, unter den Erscheinungen einer schweren Ernährungsstörung lebensgefährlich erkrankte. Auch hier hat mir die H.S. sehr gute Dienste geleistet.

Ich weiß nun sehr wohl, daß der diagnostische Wert der Fäzesuntersuchungen nach dem Vorgang von Biedert-Selter von der Breslauer und Berliner Schule sehr geringschätzig behandelt wird. Finkelstein spricht sogar von dem seichten Fahrwasser der Koprologie, Salge macht Selter den unberechtigten Vorwurf, daß er aus der Fäzesuntersuchung allein die Insuffizienzen diagnostizieren will, während die Biedertsche Schule immer und immer wieder eine genaue gründliche Untersuchung mit allen anderen alten und modernen Methoden fordert. Czerny und Keller, Heubner usw. legen den Hauptwert auf eine klinische genaue Untersuchung des intermediären Stoffwechsels. So enorm große Verdienste sich die Breslauer und Berliner Schule um die Stoffwechselvorgänge erworben haben, der Praktiker in der Sprechstunde und am Krankenbette muß aber auf die klinischen Stoffwechsel- und Energiebilanzversuche verzichten, wohl aber hat gleich vielen Praktikern auch mir die regelmäßige, genaue Fäzesuntersuchung kombiniert mit der Gewichtsbestimmung, der genauen Inspektion und Auskultation und Perkussion unschätzbare Direktiven für mein praktisches Handeln gegeben. Wenn Langstein, der sich durch seine Arbeiten über Stoffwechselpathologie große Verdienste erworben hat, nur den Stoffwechselversuch gelten läßt und vom mikroskopischen Bild der Fäzes als von einer minderwertigen Momentphotographie spricht, so möchte ich ihm die Frage vorlegen, ob nicht z. B. die Eiweißausscheidung im Reagenzglas bei Nephritis auch eine Momentphotographie ist? Dadurch, daß wir jederzeit eine solche Momentphotographie herstellen können, können wir durch Häufung von Momentbildern ein deutliches kinematographisches Bild entwickeln.

Nach dieser Abschweifung kehren wir zur H.S. zurück. Also die H.S. ist indiziert

1. bei Fettinsuffizienz,
2. bei Empfindlichkeit gegen die gewöhnliche Kuhmilch (besonders bei Kindern, die absolut keine Milch vertragen).

Wahre Triumphe feiert die H.S. bei der Atrophie ohne akute Magendarmstörungen. Ich habe in meiner Poliklinik ganz elende Kinder mit greisenhaftem Gesichtsausdruck, stehenden Hautfalten, Fehlen des Fettpolsters große Gewichtszunahmen erreichen sehen. Allerdings war der Heubnersche Energiequotient ein sehr hoher. Auf die Wichtigkeit der Kalorienberechnung komme ich später noch zu sprechen. Die Aufzählung von Krankengeschichten würde zu weit führen.

Wegen des hohen Kaloriengehalts ist die Buttermilch auch bei Frühgeburten, denen die Mutterbrust nicht zu verschaffen ist, indiziert. So hat auch Finkelstein jüngst die Buttermilch mit Nährzuckerzusatz bei künstlicher Ernährung der Frühgeburten empfohlen. Einen weiteren Erfolg habe ich bei manchen subakuten und chronischen Darmstörungen mit der H.S. erzielt. Mißerfolge hatte ich nur da, wo es sich um Insuffizienz der Kohlehydrate handelte. Es sind dies die Zustände, die Czerny-Keller mit dem bezeichnenden Namen „Mehlnährschäden“ benennen. Das Allgemeinbefinden ist ziemlich lange recht gut, aber die dünnen, sauer reagierenden, sauer oft nach

Essigsäure riechenden Fäzes enthalten, mit Lugolscher Lösung gefärbt, zahlreiche blaue unverdaute Stärkereste und zahlreiche jodophile Stäbchen und Bakterien, die Nothnagel mit dem Namen Clostridien bezeichnet hat. Manches Mal hatte ich trotzdem noch Erfolg, wenn ich aus der H.S. das Mehl entfernte (wie Sie sich erinnern, enthält ja H.S. in 1 Liter 15 g Weizenmehl). Auf meine Veranlassung hin hat die Vilbeler Anstalt eine II. Sorte ohne Mehl hergestellt, die allerdings einen noch sehr hohen Zuckergehalt hat. Bei Kohlehydratstörungen setzte ich dieser H.S. II mehrere Male einen Teelöffel sterilisierten Rahm zu und bin zuweilen mit den Erfolgen zufrieden gewesen. Die Vilbeler Anstalt ist jetzt mit Versuchen beschäftigt, eine H.S. ohne Mehl mit nur 3 % Zucker herzustellen. Es wird dann mit dieser H.S. III die Indikationsstellung vielleicht auch auf die Kohlehydratinsuffizienz ausgedehnt werden können.

Einen weiteren Erfolg sah ich bei ausgebreiteten Ekzemen. Ich habe einen Fall in Erinnerung, wo bei Kuhmilch mit Muffler fortwährend intertriginöse Ekzeme nicht nur am Anus, sondern auch am Halse und in den Ellenbogenbeugen auftraten, wo die H.S. bald Besserung brachte. Bekanntlich haben ja Franzosen den Zusammenhang zwischen Ernährung und Ekzem behauptet. Sehr gute Dienste hat mir das H.S. beim Allaitement mixte getan. Ich kann nun allerdings Köppe nicht beipflichten, wenn er die H.S. schon neugeborenen Kindern gibt und sie größtenteils gut gedeihen sieht. Ich glaube, trotz der Arbeit von Carstens aus der Heubnerschen Klinik, der angibt, daß magendarmkranke Säuglinge die Mehle gut vertragen können, nach meinen Erfahrungen nicht, daß H.S. Neugeborenen ausnahmslos gut bekömmlich ist. Aber bei natürlicher Ernährung an der Brust, nachdem der Säuglingsdarm schon einige Wochen durch die Muttermilch widerstandsfähig gemacht worden ist, und die Brüste spärlicher zu fließen beginnen, vertragen die Säuglinge die H.S. sehr gut. Die unbegrenzte Haltbarkeit der H.S. ermöglichte es mir, dieselbe in großen Kisten in die Sommerfrische mitzugeben, und ich bin in drei Fällen meiner Privatpraxis sehr zufrieden damit gewesen.

Eine weitere interessante Frage ist die: Macht längere Anwendung von H.S. Rachitis? Salge hat dies bejaht. Ich habe diesen Eindruck nicht gewinnen können. Sehr erfreut war ich, als ich in einem der letzten Hefte des Jahrbuchs für Kinderheilkunde eine Arbeit aus dem Selterschen Säuglingsheim las, die zum gleichen Resultate wie meine Erfahrung kam und die Buttermilch nicht für die Rachitis befördernd hinstellte und sich scharf gegen die Salgesche Hypothese wandte. Auch Köppe berichtet über einen günstigen Einfluß auf bestehende Rachitis. Ich selbst habe vor einigen Tagen ein 6monatliches Kind gesehen, das seit dem zehnten Tage H.S. bekommen hat. Es fehlt bei diesem Säugling jede Spur von Rachitis.

Einen großen Nachteil sollen die Konserven, die sterilisierten Dauerpräparate haben, zu denen ja auch die H.S. gehört, weil sie Barlowsche Krankheit hervorrufen können. Manche Fälle von Barlow, dem Säuglings- oder Kinderskorbut, wie ihn jetzt die meisten Autoren nennen, sollen durch kondensierte Nahrung in Büchsen (z. B. der Riethschen Albumosenmilch), der Gärtnerschen Fettmilch oder

der Backhausschen Milch entstehen. Der therapeutische Erfolg der rohen Kuhmilch und der Fruchtsäfte spricht ja für diese Annahme. Trotz vieler Umfragen habe ich aber von unserer H.S. nichts Nachteiliges, was den Säuglingsskorbut betrifft, in Erfahrung bringen können.

Und nun noch einige wenige Worte über die Kalorienberechnung der H.S. nach Heubner. Wie Sie ja alle wissen, hat Heubner den Energiequotienten einen Bruch genannt, dessen Zähler Kalorienzufuhr und dessen Nenner Körpergewicht ist. Also $EQ = \frac{\text{Kalorien-}}{\text{gewicht}}$ Um nun die Kinder mit H.S. nicht zu überfüttern, ein Umstand, der ja für die Entstehung der Magendarmstörungen und der oben erwähnten Rachitis ausschlaggebend ist, so muß man den EQ für die H.S. kennen lernen. Die H.S. wird nach dem Salgeschen Rezept hergestellt. Im Rubnerschen Laboratorium wurde der Kalorienwert eines Liters Buttermilchgemisch auf 714 Kalorien ermittelt. Nun legte ich immer als Durchschnittsnährwert 700 Kalorien zugrunde. Also während 1 Liter Frauenmilch nach Rubner 680, 1 Liter Kuhmilch 650 Kalorien hat, wird der Kalorienwert der H.S. zu 700 berechnet. Köppe hat nun gefunden, und ich schließe mich ihm völlig an, daß der EQ bei der H.S. ca. 110—120 ist, also daß ein Säugling pro Kilo Körpergewicht 110—120 Kalorien haben muß. Und da komme ich wieder auf die wichtige Frage der Überfütterung. Manche Rachitis wurde früher der Buttermilch zugeschrieben, in Wirklichkeit war aber die Überfütterung schuld. Hat man doch früher die Säuglinge die Buttermilch ad libitum trinken lassen. Kein Wunder, wenn dann Rachitis sich einstellte! Durch Einführung der kalorimetrischen Berechnung kann man die Nahrungsmenge nach dem Gewicht berechnen. Nicht das Alter, sondern das Gewicht ist für die Menge der Säuglingsnahrung maßgebend. Ein 5monatlicher Säugling mit 7000 g braucht mehr als ein 6monatlicher mit nur 6000 g. Also nicht das Alter, sondern das Gewicht ist maßgebend.

Allerdings kann man ja gegen diese kalorimetrischen Berechnungen den Einwand erheben, daß die einzelnen Nährstoffe, trotzdem sie isodynam sind, sich doch nicht immer vertreten können. Man könnte sagen: Der Säuglingsmagen ist für Fett nicht so geeignet, so daß Fett die leichter assimilierbaren Kohlehydrate nicht isodynamisch vertreten könnte. Ich halte aber diesen Einwurf für nicht stichhaltig, weil in der Tat mancher Säuglingsdarm mehr für Fett, mancher mehr für Kohlehydrate suffizient ist. Ich bin also der Überzeugung, daß diese zwei Stoffe sehr wohl einander vertreten können. Ich stehe also ganz auf Seite von Köppe, der seine Ausführungen mit den Worten schließt: „Für mich ist nach meinen Erfahrungen der Heubnersche Energiequotient ein unentbehrliches Hilfsmittel bei meinen Verordnungen geworden."

Wenn ich kurz zum Schlusse resümieren soll, so halte ich die H.S. kontraindiziert bei den akuten Magendarmstörungen. Sehr wertvoll halte ich sie

1. bei Fettinsuffizienz,
2. bei Kuhmilchinsuffizienz,



3. bei der Atrophie,
4. bei Frühgeburten,
5. bei subakuten und chronischen Magendarmstörungen (wenn es sich nicht um Kohlehydratinsuffizienz handelt),
6. bei ausgebreiteten Ekzemen,
7. bei Rachitis.

II. Referate.

L. Moll, Weitere Mitteilung über die Verwendung der alkalisierten Buttermilch als Säuglingsnahrung und über die Dauerpräparate der alkalisierten Buttermilch. (Aus der Kinderklinik in der Landesfindelanstalt in Prag.) (Deutsche med. Wochenschrift. 1906. Nr. 32.) M. empfiehlt seine alkalisierte Buttermilch, welche sich bewährt hat

1. als Beinahrung bei gesunden Brustkindern wegen Insuffizienz der Mutter;
2. als ausschließliches Nährmittel für gesunde Kinder, deren Verdauungsvermögen von allem Anfange an ein gutes war oder vorher durch unzweckmäßige Ernährung gelitten hatte;
3. als ausschließliches Nährmittel für frühgeborene, lebensschwache Kinder;
4. als Beinahrung neben Brust, oder als ausschließliche Nahrung bei atrophischen, durch chronische Darmerkrankungen herabgekommenen Kindern;
5. als Diätetikum bei subakuten oder chronischen, hartnäckigen Dyspepsien, namentlich bei jenen, welche mit schlechter Fettverdauung einhergehen.

Die Einfachheit der Zubereitung und ihre Billigkeit erleichtern die praktische Anwendung dieser Buttermilch, so daß dieselbe auch den armen Volksschichten leicht zugänglich ist.

Die alkalisierte Buttermilch wird auch in kondensierter Form dargestellt, und die Resultate mit dieser Buttermilchkonserve entsprechen den mit der frisch zubereiteten gewonnenen, so daß hier die gleichen Indikationen Geltung haben. Ferner wird das Präparat in Pulverform in den Handel gebracht und hat sich auch so gut bewährt.

Grätzer.

Gerasimowicz, Die Anwendung der Buttermilch in der Kinderpraxis. (Russky Wracz. 1906. Nr. 19 u. 20.) In Bestätigung der von anderen Forschern erzielten ausgezeichneten Resultate bei Anwendung von Buttermilch als Nährmittel bei gesunden und darmkranken Säuglingen, berichtet Verf. über seine eigenen diesbezüglichen Erfahrungen. Die Anwendungsart war die gewöhnliche: Auf 1 Liter Buttermilch kam ein Löffel (15—20 g) Reismehl, 50—80 g gestoßenen Zuckers; dieses Gemenge wurde durch 16—20 Minuten unter stetem Umrühren gekocht. Die damit errungenen vorzüglichen Ernährungsresultate leitet Verf. auf die Veränderungen des Eiweißes zurück,

welches in der Buttermilch in einer fein verteilten Form vorhanden ist. Angewandt wurde die Buttermilch bei darmkranken Kindern, bei verschiedenartigsten atrophischen Zuständen, als Zugabe zur ungenügenden Muttermilchernährung, schließlich dort, wo Kinder trotz guter Verdauung an Gewicht nicht zunahmen. In allen diesen Zuständen erhielt Verf. gute Erfolge. Besonders in den ersten Tagen nahmen die Kinder stark an Gewicht zu (im Laufe von 3 Tagen 250—300 g), die Stühle erfolgten regelmäßig 1—2mal am Tage. Das beigegebene Stärkemehl hat keinerlei nachteilige Folgen für die Verdauung unter 3 Monate alter Säuglinge gehabt, wahrscheinlich dadurch, daß selbiges schon bei 62° in Dextrin übergeht. Der einzige Nachteil ist der, daß nach Buttermilchernährung die Kinder eine andere Ernährungsart schwerer vertragen, scheinbar weil die ersterwähnte Art bedeutend weniger Verdauungsenergie verlangt.

Gabel (Lemberg).

Karl Brehmer, Über die Indikation der Buttermilchernährung. (Jahrb. f. Kinderheilkunde. Bd. 63. Heft 6.) Nach einer Übersicht über die zum Teil sich sehr widersprechenden Indikationen, wie sie von den verschiedenen Autoren gegeben wurden, normiert B. noch einmal die schon von Rendsburg gegebenen Indikationen: große Empfindlichkeit gegen Eiweiß, und zwar wenn sie so groß ist, daß die gewöhnliche Methode, das Kuheiweiß leichter verdaulich zu machen, nicht zum Ziele führt; Empfindlichkeit gegen Fett; Empfindlichkeit gegen Mehle.

Hecker.

Karl Brehmer, Über die Störungen bei der Buttermilchernährung. (Jahrb. f. Kinderheilk. Bd. 63. Heft 6.) Am häufigsten werden Eiweißstörungen beobachtet. Bei ihnen sind die Darmentleerungen zuerst meist mörtelartig bröcklig, werden allmählich oder plötzlich schmierig, schleimig, stinkend, stark alkalisch reagierend, bis sie sich immer mehr verflüssigen, immer zahlreicher werden. Derartige Entleerungen, besonders zur heißen Jahreszeit, fordern bei schneller Verschlechterung des Allgemeinbefindens das ultimum refugium, die Brustnahrung.

Die auf mangelhafter Erledigung von Fett- oder Kohlehydraten beruhenden Störungen sind, wie erwähnt, selten. Sie sind in den meisten Fällen die Folge von Zusätzen dieser Nährstoffe, sind dann aber eben nicht verursacht durch schlechte Verarbeitung der Buttermilch, sondern auf Rechnung dieser Zusätze zu nehmen.

Hecker.

R. Glaessner, Zur Buttermilchernährungsfrage. (Wiener med. Wochenschrift. 1906. Nr. 40 u. 41.) G. kommt auf Grund seiner Erfahrungen zu folgendem Resumé:

Die Buttermilch als Heildiätetikum ist noch immer ein inkonstanter Begriff, und es müßte eine allgemeine öffentliche Milchkontrolle auch auf diese Nahrung ausgedehnt werden, wenn sie zu der wahren Bedeutung, die ihr zukommt, gelangen soll. (Die Fabrikation von Konserven ändert daran nichts.)

Bei jeder gebutterten Milch scheinen Fett und Eiweißstoffe auch bei sehr inkonstanten Produkten in einer jedenfalls nicht ungünstigen

Weise für die Verdauung kranker Säuglinge zur Wirkung gelangen zu können.

Die großen Kohlehydratmengen der Buttermilch jedoch schädigen, wie jeder anderen Milchmischung zugesetzt, den Organismus und führen auch zu Katastrophen, die mit dem geringsten höheren Fettgehalt der Buttermilch dann in ursächlichen Zusammenhang zu bringen sind. Ihr Zusatz muß sich immer nach individuellen Indikationen richten.

Wir haben bei der Buttermilchernährung gute und schlechte Erfolge gesehen; das theoretische „Warum" nicht mit Sicherheit zu entscheiden, nur es fördern zu helfen, war der Zweck der vorliegenden Arbeit.

Grätzer.

Max Cantrowitz, Ist Mehlzusatz zur Buttermilch notwendig? (Jahrb. f. Kinderheilkunde. Bd. 63. Heft 6.) Mehlzusatz zur Buttermilch ist nicht unbedingt erforderlich, kann sogar zu Störungen Anlaß geben. Eine schlechtere Verdaulichkeit der mehlfreien im Gegensatz zur mehlhaltigen Buttermilch besteht nicht. Zur Vermeidung des klumpigen Gerinnens der mehlfreien Buttermilch erhitze man letztere besonders im Anfang langsam auf gelindem Feuer unter beständigem Umrühren. Je nach der Art der voraufgegangenen Darmstörung hat man nach Reparierung derselben durch Buttermilch die Wahl eines etwaigen Mehl- oder Fettzusatzes in der Hand.

Hecker.

Max Cantrowitz, Macht Buttermilch Rachitis? (Jahrb. f. Kinderheilkunde. Bd. 63. Heft 6.) Die Erfahrungen im Selterschen Säuglingsheim in Haan bei Solingen sprechen nicht für eine die Rachitis hervorrufende oder auch nur begünstigende Wirkung der Buttermilch, richtige Anwendung, d. h. allmählichen Rahm- oder Milchzusatz voraussetzt. Natürlich kann sich, wie unter jeder anderen Ernährungsweise, auch unter der Buttermilchkost Rachitis entwickeln.

Hecker.

Dingwall-Fordyce, Rachitis in Beziehung zur Laktationsdauer. (British med. Journal. 28. April 1906. Bd. 1.) Unter 200 Kindern fand Verf. 116mal Rachitis, darunter waren 90 Brustkinder mit 45 Rachitikern. Bei genauer Prüfung der Familiengeschichten ergab sich für die erstgeborenen Brustkinder ein Prozentsatz von 25 mit Rachitis, für die zweitgeborenen ein solcher von 41, für die drittgeborenen ein solcher von 58, und für die noch später geborenen Brustkinder sogar ein Prozentsatz von 65 mit Rachitis. Dagegen ergab sich Verf. bei Flaschenkindern das Verhältnis der Rachitischen zu den Nichtrachitischen als nahezu gleich, ob sie nun Erst-, Zweit- oder Spätergeborene waren. Eine Untersuchung der Mütter der rachitischen Brustkinder ergab, daß die Mütter derselben meist Stauungen während der Laktation durchgemacht haben. Zu diesen Stauungen rechnet Verf. neuerliche Schwangerschaft, zu langes Stillen oder zu schnell aufeinanderfolgende Schwangerschaft und Laktationsperiode. Es müßten nun, wenn ein ursächlicher Zusammenhang zwischen Rachitis und Laktationsstörungen angenommen werden dürfte, erst noch Veränderungen der Zusammensetzung der Mutter-

milch erwiesen werden. In diesen hätte man den Ursprung der Rachitis bei Brustkindern zu suchen. Über diesen Punkt kann Verf. keine eigenen Erfahrungen vorbringen.

H. Netter (Pforzheim).

A. Dingwall-Fordyce, Hyperlaktation. (British Journal of Childrens diseases. Juli 1906.) Unter Hyperlaktation versteht D.-F. das über 12 Monate ausgedehnte Stillen eines Kindes. Daß diese Grenze unter keinen Umständen überschritten werden dürfte, will Verf. nicht behaupten: vorausgesetzt, daß die Mutter gesund ist, schadet es nichts, wenn sie ihr schwaches Kind länger stillt. Aber die Fälle, in denen längeres Stillen ratsam ist, hält Verf. für unendlich selten. Sehr oft hat das überlange Stillen seinen Ursprung in dem falschen Glauben an die Unmöglichkeit neuer Schwangerschaft während dieser Periode. Und meist wird das Kind gar nicht ausschließlich an der Brust ernährt, bekommt vielmehr oft recht ungeeignete Kost nebenbei. Von 645 Kindern wurden 226 (35 %) künstlich ernährt oder bekamen die Brust weniger als 6 Monate, 280 (43 %) bekamen 6—12 Monate die Brust, eine gänzliche oder teilweise Hyperlaktation lag in 139 Fällen (22 %) vor. Die Gefahren einer Hyperlaktation können dreifache sein und Mutter, Säugling und die späteren Kinder behaften. Ein wenn auch nur teilweises, aber über 12 Monate ausgedehntes Stillen bedeutet für die Mutter eine schwere körperliche Anstrengung, besonders bei der unter den ärmlichen Klassen der Großstadt vorauszusetzenden ungenügenden Ernährung. Bei einer früheren Gelegenheit hat Verf. gezeigt, daß bei 24 % der Mütter dieser Klasse Laktation und neue Schwangerschaft zusammenfallen, und infolgedessen war die Mutter bei der Geburt eines neuen Kindes unfähig zum Stillen oder die Milch minderwertig. Ausschließliche Brustnahrung ist ungenügend für Kinder im zweiten Lebensjahr. Sie werden stets Zeichen einer mangelhaften Entwickelung aufweisen. In dem festen Glauben, daß ein solches Kind gut versorgt sei, legt die Mutter der Beinahrung leider nur wenig Wert bei. Eine neue Schwangerschaft bringt wohl auch Gefahren für den Fötus und vermag einen ungünstigen Einfluß auf die Lebenschancen späterer Kinder auszuüben. Verf. verwirft demzufolge die Hyperlaktation.

H. Netter (Pforzheim).

Barlerin, Der galaktogene Wert der Baumwollsamen. (Clinique infantile. April 1906.) Verf. gibt der Académie de méd. Mitteilung von dem Resultat seiner an 58 Fällen angestellten Versuche, die er mit einem Extrakt von Baumwollsamen angestellt hat. Er will damit einen günstigen Effekt bezüglich der Qualität der Milch, namentlich hinsichtlich ihres Fett- und Eiweißgehaltes erzielt haben, indem der erstere um 50 %, der letztere um 48 % stieg. Da ein Exzeß dieser Bestandteile zu Magen- und Darmstörungen führen kann, so ist der unter dieser Methode zu erzielende Effekt sorgfältig zu überwachen.

H. Netter (Pforzheim).

G. B. Burzagli, Der galaktogene Wert der Anissamen. (La Pediatria. April 1906.) B. verschreibt ein 25 %iges Anisinfus, von welchem in 24 Stunden 12 Löffel voll zu nehmen und von welchem

außerdem 4—5 damit getränkte Kompressen auf die Brust appliziert werden. Er hat am zehnten Tage die damit behandelten Mütter das Stillen wieder aufnehmen und 10—11 Monate fortsetzen gesehen, nachdem bis 10 Tage eine künstliche Ernährung stattgefunden hatte. In anderen Fällen, wo die Milchsekretion von Anfang an spärlich gewesen und dann völlig sistiert hatte, sah er bei Verwendung eines 30 %igen Infuses in Dosen von 18—20 Löffel während 24 Stunden nach 5 Tagen eine reichliche Milchsekretion einsetzen.

H. Netter (Pforzheim).

H. Rosenhaupt, Eine neue Merktafel für Mütter. (Aus der Säuglingspoliklinik und Beratungsstelle für Säuglingsernährung in Frankfurt a. M.) (Münch. med. Wochenschrift. 1906. Nr. 31.) Die neue Merktafel zeichnet sich zunächst durch gefällige äußere Form aus; sie ist mit einem Abreißkalender kombiniert und ein hübscher Zimmerschmuck.[1]) Die Regeln betonen vor allem das Stillen und vermeiden absichtlich jede detaillierte Vorschrift über künstliche Ernährung. Der Text der Merktafel lautet:

12 goldene Regeln für Mütter.

1. Stille Dein Kind selbst, es wird ihm von Nutzen sein sein Leben lang; jede Woche, jeder Tag den Du stillst, ist ihm ein Gewinn.

2. Stille Dein Kind selbst, denn Du bist dazu imstande, wenn Du es nur mit Geduld viele Tage versuchst. Hast Du nicht genug Milch, so höre nicht ganz mit dem Stillen auf, sondern gib die Flasche nebenbei.

3. Stille Dein Kind selbst und laß Dich nicht davon abhalten durch unverständige Reden Deiner Umgebung.

4. Stille Dein Kind selbst, denn Du schützest dadurch Deine Brust vor schwerer Erkrankung im späteren Alter.

5. Wenn Du Dein Kind stillst, iß und trink, was Dir schmeckt und bekommt; was Dir nicht schadet, schadet auch Deinem Kind nicht.

6. Wenn Du aber trotzdem Dein Kind unnatürlich, das ist künstlich mit der Flasche nähren mußt, so erkundige Dich beim Arzt über die Art der Ernährung.

7. Die Milch für das Kind sei frisch und rein und werde nach dem Abkochen sauber, kühl und verschlossen aufbewahrt.

8. Gib Deinem Kind nicht zu viel und nicht zu oft zu trinken, das ist gerade so schlimm, wie zu selten und zu wenig.

9. Wenn das Kind schreit, so wisse, daß das nicht immer Hunger bedeutet.

10. Lege Dein Kind so oft trocken, als es naß ist; wenn es wund wird, so ist es Deine Schuld.

11. Glaube nicht denen, die sagen, Dein Kind sei durch Zahnen krank; es gibt keine Krankheit, die vom Zahnen kommt,

---

[1]) Der Kalender mit Merktafel ist im Verlag von Hermann Mayer, Frankfurt a. M., Bleichstraße 22, erschienen.

das Kind kann nur krank sein während des Zahnens aus anderer Ursache.

12. Gehe daher immer rechtzeitig zum Arzt, daß er dieser Krankheit Heilung bringe. Grätzer.

K. Himmelheber, Über das Gedeihen der Brustkinder in Gebäranstalten und den Einfluß der Art des Anlegens. (Aus der Frauenklinik der Universität in Heidelberg.) (Medizin. Klinik. 1906. Nr. 36.) Die Kinder, welche direkt an die Brust gelegt wurden, gediehen weit besser als die durch Warzenhütchen ernährten. Es wurden dabei weder Brustwarze noch Mundhöhle vor dem Trinken besonders gereinigt, dagegen wurde besonderer Wert gelegt auf gründliche Säuberung der Hände der Mutter, um andere Keime, namentlich die des Lochialflusses, vom Kinde fernzuhalten, ferner darauf, daß das Stillen nur unter Aufsicht der Pflegerinnen vollzogen wurde, die eventuell durch Wägungen vor und nach dem Trinken feststellen mußten, ob der Säugling die nötige Nahrungsmenge auch wirklich erhielt. Diese Maßnahmen sind sehr wichtig für das Gedeihen der Kinder. Die Hauptsache bleibt das Trinken direkt an der Brust, da das Warzchenhütchen dem Kinde die Nahrungsaufnahme sehr erschwert und den Stillakt unnötig verlängert. Auch macht sich der größere Reiz des Saugens an der Warze selbst in einer Vermehrung der Milchmenge bemerkbar. Grätzer.

Modigliano, Über den Einfluß der Ernährung auf die Zusammensetzung der Frauenmilch. (La Pediatria. November 1905.) Ein offener Brief an Prof. Vitale Tedeschi, bezugnehmend auf eine Äußerung, die dieser in der Vorrede zu der italienischen Übersetzung zu Bendix' „Lehrbuch der Kinderheilkunde" macht. M. führt Fälle an, in denen Diarrhöen der Säuglinge angeblich darauf zurückzuführen waren, daß — wie die Analyse ergab — der Prozentsatz an Fett zu hoch, der Gehalt an Kasein erheblich unter der Norm war und in denen er dadurch Heilung herbeiführte, daß er in der Nahrung der Mutter die Albuminoide vermehrte und die Fette und Kohlehydrate verminderte. Bei umgekehrtem Befund der Milch hat er eine entsprechend umgekehrte Diät verordnet. F.

Gennaro Gallo, Krioskopische Untersuchungen an Frauenmilch. (La Pediatria. 1905. Nr. 8.) Der $\triangle$ der Frauenmilch schwankt zwischen 0,55 und 0,70; das Mittel beträgt 0,61. Menstruation, Schwangerschaft, akute und chronische Krankheiten modifizieren den Gefrierpunkt der Frauenmilch nicht erheblich. Der praktische Wert der krioskopischen Untersuchung ist heute noch nicht absolut feststehend. F.

Hans Rietschel, Über den Reststickstoff der Frauenmilch. (Jahrb. f. Kinderheilkunde. Bd. 64. Ergänzungsheft.) Unter Rest- oder Extraktivstickstoff der Milch ist zu verstehen der Anteil des Stickstoffs der Milch, der sich aus der Differenz des Gesamtstickstoffs und des Proteinstickstoffs ergibt. Dieser Reststickstoff der Frauenmilch enthält nach R. keine oder nur ganz geringe Mengen von Ammoniak. Der weitaus größte Teil des Reststickstoffs (über 80 %

etwa) entfällt auf Harnstoff, dessen quantitativer Nachweis durch die Anwesenheit des Milchzuckers nicht möglich ist. Alle bisher gefundenen Werte sind daher als zu klein zu betrachten. Ein geringer Teil des Reststickstoffs namentlich bei Frühmilchen reagiert mit Naphthylisocyanat beim Schütteln, stellt also wahrscheinlich stickstoffhaltige Abbauprodukte des Eiweißes dar. Welcher Natur diese Körper sind, ob Aminosäuren, ob Peptoide im Sinne Emil Fischers, oder Peptoide im Sinne Hofmeisters, muß ganz offen gelassen werden. Quantitativ machen diese Substanzen, zumal einige Milchen stets frei davon befunden wurden, nur einen geringen Bruchteil des Reststickstoffs aus.

Hecker.

Walter Nebel, Über Säuglingsernährung mit gesäuerter Vollmilch. (Jahrb. f. Kinderheilkunde. Bd. 63. Heft 6.) Die primär mit Milchsäurebazillen, späterhin durch Überimpfung vorgenommene Säuerung dauert etwa 12 Stunden. Die Indikationen zur Verwendung dieser Milch waren im Säuglingsheim Haan bei Solingen:

1. Störungen der Kohlehydratverdauung; dabei stehen zur Verfügung einmal Buttermilch, 2. gesäuerte Magermilch und 3. gesäuerte Vollmilch. Bei allen dreien hat die Milchsäuregärung den Zuckergehalt erheblich verringert. Um eine höhere Kalorienzahl zu erreichen, muß man bei reiner Buttermilch und saurer Magermilch ohne Zucker- oder Mehlzusatz außerordentlich viel Eiweiß bei großer Menge Flüssigkeit zuführen. Bei gesäuerter Vollmilch aber hat man mit dem vorhandenen Fett reichlich Kalorien gedeckt. Als Geschmackskorigens wurde Saccharin benutzt.

2. Mäßige Störungen der Eiweißverdauung. Hierbei wird Zucker und bei älteren Säuglingen vom siebenten Monat an auch irgend ein Mehl oder Kindermehl zugesetzt und bei geringer Kalorienzahl und Karenzdiät die nötige Flüssigkeitsmenge mit Wasserzusatz erreicht. Auf diese Weise soll nach Belieben eine Nahrung hergestellt werden, die infolge der Ansäuerung ein leichter verdauliches Eiweiß enthält und bei gleichem Eiweiß und Zuckergehalt wie das Ramogen etwa die Hälftes seines Fettgehaltes aufweist.

3. Um Buttermilchkinder allmählich zur Vollmilch zurückzuführen.

Hecker.

A. Böhme, Ernährungsversuche mit Perhydrasemilch. (Aus der mediz. Klinik in Marburg.) (Deutsche med. Wochenschrift. 1906. Nr. 43.) Als Gesamtresultat der klinischen Prüfung ergab sich, daß die Perhydrasemilch für Kinder und Säuglinge (auch kränkliche) über $^1/_4$ Jahr eine geeignete Säuglingsernährung darstellt, die einer gekochten Milch bester Beschaffenheit mindestens ebenbürtig ist. Die größere Gewichtszunahme mancher Kinder und das Schwinden der Rachitis scheinen sogar für eine direkte Überlegenheit der Perhydrasemilch zu sprechen. Sobald es gelingt, die noch bestehenden technischen Schwierigkeiten zu beseitigen und die Herstellungskosten zu verringern, dürfte die Perhydrasemilch, die der bisherigen Marktmilch weit vorzuziehen ist, eine große praktische Bedeutung für die Milchversorgungsfrage gewinnen. — Eine spezifisch günstige Beeinflussung chronischer Verdauungsstörungen ließ sich nicht nachweisen. Ganz

junge, schwächliche Säuglinge vertragen anscheinend die Perhydrasemilch weniger gut als gekochte Milch; hier sind aber neue Beobachtungen noch erforderlich. Grätzer.

E. Brezina u. E. Lazar, Über die Ausnützung der Just-Hatmakerschen Trockenmilch. (Aus dem Hygien. Institut der Universität Wien.) (Wiener klin. Wochenschrift. 1906. Nr. 38.) Die Verff. haben Versuche angestellt, aus denen hervorgeht, daß das Präparat als Ersatz für frische Milch, wo solche nicht zu beschaffen ist, ganz wohl sich eignet, wenngleich die Ausnützung der Eiweißstoffe gegenüber frischer Milch in der Regel etwas herabgesetzt zu sein scheint. Grätzer.

Jos. Spaether, Ein Beitrag zur Frage der Säuglingsernährung in Arbeiterkreisen. (Aus dem Kinderambulatorium des Vereins „Säuglingsmilchküche" in München.) (Münchener med. Wochenschrift. 1906. Nr. 25.) S. liefert ein recht interessantes Bild der Ernährungsverhältnisse der Zeit vor und im Beginn der nunmehr in größerem Maßstabe erfolgenden Münchener Säuglingsfürsorgebestrebungen.

In Berücksichtigung der geschilderten Verhältnisse dürften in Zukunft die ärztlich geleiteten Milchküchen, die für billiges Geld trinkfertige Einzelportionen — aber nur auf Grund vorhergehender und kontrollierender ärztlicher Untersuchung — liefern, womöglich täglich direkt ins Haus, in dem Bestreben nach einer rationellen künstlichen Ernährung weiter Volkskreise eine Rolle zu spielen berufen sein. Die einfache Vorschrift, daß die Flaschen sofort kühl, entweder in Eis, in fließendes Wasser oder in den Keller gestellt werden sollen, daß die Flaschen vor dem Trinken in heißem Wasser anzuwärmen und die Verschlüsse mit den von der Milchküche gelieferten Saughütchen zu vertauschen sind, kann auch die beschäftigste Arbeiterfrau ausführen. Diese Form der Milchküchen dürfte auf die Dauer im Kampfe gegen große Säuglingssterblichkeit im Volke nicht zu entbehren sein. Grätzer.

Ed. Enderlein (Mannheim), Über Kindermilchversorgung und Milchküchen. (Ärztl. Mitt. aus u. für Baden. 1906. Nr. 10 u. 11.) Die gesamte Milchversorgung ist zwar einer durchgreifenden Reform bedürftig; eine solche ist aber mit so erheblichen Schwierigkeiten verbunden, daß sie in absehbarer Zeit nicht möglich erscheint; es empfiehlt sich deshalb, zunächst für die Beschaffung einer einwandfreien, billigen Milch Sorge zu tragen. Die Hauptgrundsätze bei der Kindermilchversorgung sind: Gesunde Kühe, peinlichste Reinlichkeit schon vom Kuhstalle ab und Kühlhaltung bis zum Konsumenten. Von der Trockenfütterung kann abgesehen werden. Auch brauchen die Stallungen nicht in der unmittelbaren Umgebung der Städte zu liegen. Die Durchführung dieser Grundsätze ist nur denkbar durch Zentralisierung der Kindermilchversorgung. Die Gründung solcher Zentralen ist zunächst Aufgabe der Stadtverwaltungen selbst, in zweiter Linie können auch Gesellschaften mit gemeinnütziger Tendenz in Betracht kommen; reine Molkereigenossenschaften sind nicht zu

empfehlen. Die Kindermilchzentralen können den Mittelpunkt bilden für alle Maßnahmen zur allmählichen Reform des gesamten Milchhandels. — Es muß auch für eine entsprechende Behandlung der Milch im Haushalt Sorge getragen werden. Für die Fälle, in denen eine solche aus irgend einem Grunde nicht möglich oder besondere, im Haushalt nicht herzustellende Gemische nötig sind, ist die Gründung von Milchküchen erforderlich; sie kann von der privaten Wohltätigkeit erfolgen. Keine Milchküche ohne ärztliche Überwachung der Pfleglinge, womöglich aber nicht durch eine Poliklinik, sondern bei gänzlich freier Arztwahl. (Literaturverzeichnis von 33 Nummern.)

H. Kaufmann.

Gaetano Finizio, Wert der auf die Analyse der Milch angewandten Krioskopie. (Valore della crioscopia applicata ell' analise del lette.) (La Pediatria. August 1905.) Verf. kommt zu folgenden Ergebnissen:

Der Gefrierpunkt der Milch steht in keiner Beziehung zu deren Dichtigkeitsziffer. Der krioskopische Punkt der Milch ist, um so niedriger, je größer die Menge des trocknen Rückstandes ist und um so höher, je größer die Wassermenge ist. Die Menge der Butter hat keinen Einfluß auf den krioskopischen Punkt; dagegen ist dies sicher der Fall mit der Menge des Kaseinogen und der Mineralsalze. Den größten Einfluß auf den Gefrierpunkt hat die Laktose. Im ganzen läßt sich behaupten, daß die krioskopische Untersuchung nicht imstande ist, die quantitative Analyse der in der Milch enthaltenen Prinzipien zu ersetzen; sie kann nur dazu dienen, diese zu ergänzen. F.

Leo Langstein, Die Eiweißverdauung im Magen des Säuglings. (Jahrb. f. Kinderheilkunde. Bd. 64. Ergänzungsheft.) Im Magen des Säuglings findet sowohl unter physiologischen als auch unter pathologischen Verhältnissen Albumosen- und Peptonbildung statt. Diese ist nicht nur auf Rechnung des Labenzyms zu setzen. Es ist jedoch nicht ausgemacht, ob diese Verdauungsprodukte durch Pepsinverdauung oder Bakterienwirkung entstanden sind.

Aminosäuren lassen sich im Mageninhalt nicht nachweisen. Die angewandte Methodik, Untersuchung des ausgeheberten Inhaltes, erlaubt allerdings keinen Schluß hinsichtlich ihrer Bildung. Frauenmilch und Kuhmilch verhalten sich in bezug auf die Peptonbildung im Magen ungefähr gleich; jedenfalls erscheint es nach den bisher vorliegenden Versuchen verfrüht, von einer Verschiedenheit der Verdaulichkeit der verschiedenen Kaseine im Säuglingsmagen zu sprechen. Unter pathologischen Verhältnissen lassen sich mit Hilfe der angewandten Methoden keine Besonderheiten des Eiweißabbaues im Magen nachweisen, die klinisch verwertbar wären. Insbesondere wurde die Tryptophanreaktion, die beim Erwachsenen bei Störungen des Magenchemismus manchmal gefunden wurde, stets vermißt, so daß sie jedenfalls auch bei hochgradiger Stagnation durch Verengerungen des Pylorus im Säuglingsalter nicht regelmäßig zustande kommt.

Hecker.

Leo Langstein, Eiweißabbau und -aufbau bei natürlicher Ernährung. (Jahrb. f. Kinderheilkunde. Bd. 64. Ergänzungsheft.)

Es handelt sich um das Verhalten des artgleichen Eiweißes im Magendarmkanal. L. machte zwei diesbezügliche Versuche an einem 8- und einem 10tägigen Kalbe, von denen das eine, nachdem es am Euter des Muttertieres gewogene Milchmengen getrunken hatte, im Stadium der Verdauung getötet wurde, um den Darminhalt der verschiedenen Abschnitte des Magendarmkanals zu untersuchen, während das andere, nachdem es 6 Tage von der Mutter gesäugt worden war, 2 Tage hungerte, um dann vom Kasein befreite Kuhmilch zu erhalten. Auch dieses wurde getötet und auf seinen Darminhalt untersucht.

Bei dem natürlich ernährten Kalb trat im Labmagen eine großklumpige Gerinnung ein. Die Verdauung ging bis zur Bildung von Albumosen und Peptonen. Kristallinische Produkte, speziell Aminosäuren sind nicht nachweisbar. Bezüglich des Dünndarminhaltes fand sich, daß das arteigene Milcheiweiß (Kasein und Albumin) nicht nur in lösliche Form übergeführt, sondern teilweise wenigstens bis zu den Aminosäuren abgebaut wird. Neben diesen in relativ geringer Menge isolierten ließ sich die Anwesenheit von Albumosen und Peptonen erweisen und auch die Anwesenheit polypeptidartiger Körper wahrscheinlich machen.

Bei dem zweiten Versuch sollte die Frage entschieden werden, ob die während der Verdauung von arteigenem Eiweiß entstandenen in der vorerwähnten Untersuchung nachgewiesenen Abbauprodukte allein dem Kasein entstammen, oder ob auch das arteigene „Albumin“ vor der Resorption eine Aufspaltung erfährt. Dabei zeigte sich nun, daß bereits im Magen ein Abbau des arteigenen Albumin stattfindet. Der größte Teil der Abbauprodukte besteht aus sogenannten primären Albumosen, ein kleinerer aus sekundären und tertiären, wie auch aus echten Peptonen. Aminosäuren werden nicht abgespalten. Im Dünndarm des Kalbes erfolgt ebenfalls eine Abspaltung des arteigenen Albumins in differente Bruchstücke. Diese sind Albumosen, Peptone und auch Aminosäuren, die in nicht unbeträchtlicher Menge isoliert werden konnten. Möglicherweise ist der nachgewiesene koagulable Eiweißkörper unverändertes Milchalbumin. Seine Anwesenheit im Dünndarminhalt würde naturgemäß noch nicht beweisen, daß er unverändert zur Resorption gelangt.

Aus diesen und den obigen Versuchen („Die Eiweißverdauung usw.“) geht also hervor, daß nicht nur das artfremde Eiweiß bis zu tiefen Bruchstücken im Magendarmkanal gespalten wird, sondern auch das artgleiche. Es ist sichergestellt, daß das Milchalbumin dem Kasein gegenüber keine Sonderstellung einnimmt, daß es ebenfalls weitgehenden Abbau durchmachen muß, bevor es zu Körpereiweiß umgewandelt wird.

Hecker.

Julius Parker-Sedgwick, Die Fettspaltung im Magen des Säuglings. (Jahrb. f. Kinderheilkunde. Bd. 64. Ergänzungsheft.) Die Schlußsätze des Verf.s lauten:

Im Magen des Säuglings ist ein fettspaltendes Enzym vorhanden. Das Enzym läßt sich bereits sehr frühzeitig im Leben nachweisen, bei neugeborenen Kaninchen bereits in den ersten Stunden nach der Geburt, beim Säugling zum mindesten in der zweiten Lebenswoche.

Die Fettspaltung durch die Lipase des Säuglings kann einen höheren Grad erreichen, als von Untersuchungen an Erwachsenen bekannt ist. Das Enzym entfaltet seine Tätigkeit im Magen.

Durch den Vorgang der Fettspaltung findet die relativ hohe Azidität im Säuglingsmagen sicherlich teilweise ihre Erklärung. Wir sind nicht gezwungen, Bakterienwirkung als einzige Ursache anzuschuldigen.

Die im Magen des gesunden Säuglings vorkommenden ätherlöslichen organischen Säuren sind zum großen Teil wasserunlösliche, nicht flüchtige, der enzymatischen Fettspaltung ihren Ursprung verdankende, höhere Fettsäuren. Hecker.

J. Schütz, Über die Bedeutung der Salzsäure für die Verdauung des Säuglings. (Aus dem Karolinen-Kinderspitale in Wien.) (Wiener med. Wochenschrift. 1906. Nr. 41 u. 42.) S. gelangt zu folgenden Schlüssen:

„Das Vorhandensein der freien Salzsäure läßt keinen Schluß auf die Größe der im Magenlumen stattfindenden Verdauung zu. Ebensowenig läßt sich aus ihrer Menge — zumindest nicht bei Kuhmilchnahrung — ein bindender Schluß auf die Größe der Sekretionsarbeit des Magens ziehen.

Dagegen könnte die Bestimmung der Gesamtsalzsäure in Zusammenhalt mit der Motilitätsprüfung und den anderen klinischen Symptomen bei geeigneter Versuchsanordnung wertvolle Anhaltspunkte für die Funktionsprüfung des Säuglingsmagens ergeben. Es wird hierzu folgendes nötig sein: 1. Eine einheitliche Probenahrung; 2. eine einheitliche Verweildauer; 3. ein entsprechend gesichtetes klinisches Material, und vor allem eine möglichst große Anzahl von Untersuchungen, um die nicht spärlichen Fehlerquellen, welche ja jedem, der einige Erfahrung auf dem Gebiete der Magendiagnostik hat, genügend bekannt sind, wettzumachen und zu brauchbaren Mittelwerten zu gelangen. Wir werden eben — so betrübend diese Bekenntnis ist — wieder fast von vorne anfangen müssen, und es wird wohl noch vieler und die Kraft des einzelnen weit übersteigender Arbeit bedürfen, bis auf diesem Gebiete die entsprechende Basis für die praktische Diagnostik geschaffen worden sein wird. Trotzdem glaube ich, daß die Arbeit nicht aussichtslos sein wird und wir hoffen können, entsprechende Mittelwerte zu erhalten. Dies geht aus jenen Untersuchungen hervor, in denen die erhaltenden Ausschläge so groß sind, daß sie die Ungleichheit oder Unzulänglichkeit der Methodik weit übersteigen. Dazu gehören vor allem die Untersuchungen von Heubner, Wohlmann, v. Hecker und der interessante Fall von Knoepfelmacher, in welchem die Untersuchung des Mageninhalts tatsächlich die Stellung der Diagnose und Einleitung einer rationellen Therapie ermöglichte.

Die Eigenschaft der Salzsäure, die Sekretion von Pankreassaft und vielleicht auch der Galle anzuregen, erhebt dieselbe über die Bedeutung eines rein lokal wirkenden Verdauungsagens weit hinaus und läßt dieselbe als einen der wichtigsten Faktoren bei der Verdauung erscheinen. Eine praktische Folgerung, die man unter anderem

daraus ziehen könnte, besteht darin, bei der künstlichen Ernährung neben anderen üblichen Erwägungen auch dem Salzsäurebindungsvermögen der einzelnen Nahrungsmittel eine gewisse Aufmerksamkeit zu widmen. Ich weise auf diesen Punkt mit allem Vorbehalt hin, denn nichts scheint mir verfehlter, als die allzu enthusiastische Übertragung von Reagenzglas und Tierversuchen in die klinische Praxis, wie dies leider nicht gar selten geschieht.“ Grätzer.

E. Reiss, Zur Lehre von der Intoleranz mancher Säuglinge gegen Kuhmilch. (Aus dem städt. Elisabeth-Krankenhause zu Aachen.) (Monatsschr. f. Kinderheilkunde. Mai 1906.) R. führt einen Fall vor, der für die noch strittige Frage von Bedeutung ist. Es handelte sich um ein Kind, das schon einmal einige Wochen mit Kuhmilch ernährt worden war, dann 3 Wochen Brustnahrung erhielt, weil es bei der künstlichen Ernährung heruntergekommen war, und nunmehr mit Kuhmilch ernährt wurde. Diesmal traten aber bei der Kuhmilchernährung bedrohliche Erscheinungen auf. Da bereits früher eine solche durchgeführt worden war, glaubt R. nicht, daß die Idiosynkrasie eines Säuglings gegen Kuhmilch auf der schädigenden Wirkung von resorbiertem, artfremdem Eiweiß beruht. Viel eher möchte er der Vermutung Finkelsteins Raum geben, daß in letzter Instanz das schädigende Moment in abnormen Verhältnissen des Magendarmkanals zu suchen ist. Obiges Kind soll auch bald nach dem ersten Abstillen anormalen Stuhl gehabt haben, auch ergab lange Zeit hindurch die Untersuchung starke Aufblasung des Dickdarms. Beim zweiten Abstillungsversuch erfolgte jetzt einmal die Reaktion auf Kuhmilch außerordentlich prompt; schon $^1/_4$ Stunde nach Aufnahme der „artfremden Nahrung“ traten Erbrechen und Kollaps auf. Diese Schnelligkeit der Reaktion spricht schon sehr dagegen, daß das so schwer angreifbare und schwer resorbierbare Eiweiß die Materia peccans war. Das einzige Analoge zu solchem Zustand bilden schwere akute Vergiftungen. R. möchte daher für seinen Fall die Vermutung aussprechen, daß mit der „artfremden“ Nahrung Stoffe eingeführt wurden, die mit anderen in dem kranken Verdauungskanal des Kindes befindlichen Substanzen eine leicht resorbierbare Verbindung von hoher Giftigkeit eingingen. Als das Kind gekräftigt und sein Verdauungsorgan in normalem Zustande war, waren die besonderen Reagenzien auf die in der Nahrung enthaltenen Stoffe — Kuhmilch enthält ja gar manche Stoffe, welche Frauenmilch nicht oder nur in geringer Konzentration aufweist — aus dem Darm verschwunden.

R. glaubt also nicht, daß das Eiweiß der Kuhmilch die schädigende Wirkung ausgeübt hat, auch nicht, daß bakterielle Vorgänge direkt im Spiele waren, vielmehr daß aus zwei an sich unschädlichen Komponenten bei ihrem Zusammentreffen im Verdauungskanal des Kindes ein Körper von hoher Giftigkeit entstanden ist; das „Artfremde“ des Eiweißes, das „Artfremde“ der Nahrung überhaupt ist dabei von untergeordneter Bedeutung. Grätzer.

G. Leven et G. Barbet, L'estomac du nourrisson. Forme, limite inférieure, mode de remplissage et d'evacuation. (La presse médicale. 1906. Nr. 63.) Die Verff. haben vergleichende

radioskopische Untersuchungen des Magens beim Erwachsenen und Kinde angestellt und sind zu folgenden Resultaten gelangt.

1. Form und Lage. Beim Erwachsenen hat der Magen eine deutlich senkrechte Lage mit einem rechten und linken Rande, entsprechend der großen und kleinen Kurvatur. Ein großer Teil des Organs ist im rechten Hypochondrium enthalten, nur der Pylorus überragt etwas die Medianlinie nach rechts hin.

Beim Kinde ist der Anblick ein ganz anderer, indem die Magenhöhle eine deutlich transversale Lage einnimmt, die große Kurvatur den unteren, fast horizontal verlaufenden Rand auf dem Bilde einnimmt. Ein großer Teil des Magens erstreckt sich über die Mittellinie nach links unter die Leber, von welcher er teilweise überdeckt wird.

2. Untere Grenze. Im Normalzustande reicht der untere Magenrand beim Erwachsenen bis zum Nabel oder bis in die Nähe desselben, der Pylorus, welcher den tiefsten Punkt bildet, bleibt fix oder verschiebt sich sehr wenig, während beim Säugling der tiefste Punkt durch die mittleren Teile der großen Kurvatur gebildet wird und seine Lage innerhalb weiter Grenzen ändert. In gefülltem Zustande reicht dieselbe bis zum Nabel, um sich dann ziemlich hoch hinaufzuheben, in manchen Fällen überschreitet die untere Magengrenze sogar den Nabel.

3. Füllungsart. Der Magen des Erwachsenen paßt sich fast genau dem Inhalte an, und nur bei bestehender Dilatation geschieht die Füllung wie diejenige eines großen Beutels mit präformierter Höhle. Dieser, für den Erwachsenen pathologische Vorgang, ist aber für den Säugling normal. Sowie man eine kleine Menge Flüssigkeit einführt, entfaltet sich der Magen in seiner ganzen Ausdehnung, und man sieht jene sich am unteren Rande in horizontaler Schicht ansammeln; der übrige Teil des Magens ist mit Luft erfüllt und erscheint als eine klare Zone, die sich deutlich von den dunklen Massen der Abdominalorgane abhebt. Mit der Vermehrung der Flüssigkeitsmenge wird auch die Luftmenge kleiner, nachdem das obere Flüssigkeitsniveau in stetiger Weise sich erhebt.

4. Entleerung der Milch. Einige Minuten nach dem Säugen bleibt der Magen des Säuglings unbeweglich, dann zieht er sich mit einem Male und fast bis zur kugeligen Form zusammen, während die Luftkammer verschwindet oder kaum sichtbar bleibt. In diesem Zustande verharrt der Magen lange Zeit, wahrscheinlich bis zu seiner vollständigen Entleerung; man bemerkt das Wiederauftreten der Luftkammer, und der Übergang zum Zustande der Leere erfolgt in langsamer Weise. Beim Erwachsenen ist die Kontraktion des ganzen Magens nur ausnahmsweise zu beobachten, hingegen sieht man immer Zusammenziehungen der pylorischen Gegend.

5. Dauer des Milchaufenthaltes im Magen. Die Untersuchungen der Verff. wurden bei Säuglingen von 2—16 Monaten angestellt, welche entweder Muttermilch oder Kuhmilch, gemischt mit Wasser in Mengen von 80—175 ccm erhalten hatten. Es zeigte sich, daß bei demselben die Entleerung der Milch $1^{3}/_{4}$—2 Stunden dauerte.

Wie es scheint, besteht in dieser Beziehung kein Unterschied zwischen Muttermilch und mit Wasser verdünnter Kuhmilch. E. Toff (Braila).

J. Bauer, Über den Nachweis der präzipitablen Substanz der Kuhmilch im Blute atrophischer Säuglinge. (Aus dem Kaiser und Kaiserin Friedrich-Kinderkrankenhause zu Berlin.) (Berliner klin. Wochenschrift. 1906. Nr. 22.) Als B. bei einem Fall von Atrophie einen positiven Befund mittels der Präzipitinreaktion erzielte, machte er sich die von Moreschi inaugurierte, von Neisser und Sachs ausgebaute Methode der Komplementablenkung zunutze. Das Verfahren beruht darauf, daß ein Gemisch von präzipitogener Substanz und Präzipitin imstande ist, Komplement zu binden und so ein hinzugefügtes Serumhämolysin unwirksam zu machen. Die Reaktion gelingt noch bei Gegenwart von 0,00001—0,000001 präzipitabler Substanz. Man kann daher auch Untersuchungen bei lebenden Säuglingen machen.

B. hatte gerade ein atrophisches, 4 Wochen altes Kind in Behandlung und konnte bei diesem den einwandsfreien Beweis des Vorkommens genuiner artfremder Eiweißkörper im Blut führen.

Grätzer.

D. v. Westphalen, Erfahrungen über Mufflers sterilisierte Kindernahrung (Fortschr. d. Medizin. 1906. Nr. 16.) Nach Ansicht v. W.'s entspricht Mufflers sterilisierte Kindernahrung den hygienisch-bakteriologischen Anforderungen an ein solches Nährmittel vollauf; ebenso ist seine Zusammensetzung die denkbar rationellste. Das Präparat hat Verf. sowohl bei gesunden wie bei kranken Säuglingen (Magendarmkrankheiten, Rachitis) die besten Dienste geleistet. Das Muffler-Mehl bei älteren Kindern als alleinige Nährquelle zu benutzen, daran ist kaum zu denken; zur Aushilfe aber, als temporäre Übergangsdiät, als Unterstützung einer Diät läßt es sich vorzüglich verwerten. Sein Indikationsstand bleibt hier beschränkt auf vorübergehende Beigaben bei fieberhaften und bei Magendarmerkrankungen, wo es in Form von Brei, mit dicken Suppen vermischt, gegeben werden kann. Ist vegetabilische Kost anzuraten, so bietet das Präparat eine gute Abwechslung. Auch bei Erwachsenen kommt es zweckmäßig bei Achylie und Karzinom des Magens, bei Typhus und anderen Fällen, wo eine leichte Nahrung indiziert ist, in Betracht.

M. Kaufmann.

Arth. Keller, Mehlkinder. (Berliner klin. Wochenschrift. 1906. Nr. 36.) Mehlkinder sind solche Kinder, die ausschließlich lange Zeit mit Mehl- oder Schleimsuppen ohne Milchzusatz ernährt werden, nachdem bei akuten Darmkatarrhen diese Diät den Patienten scheinbar sehr gut bekommen ist. Jene Ernährung ist aber, längere Zeit fortgesetzt, den Kindern sehr gefährlich, sie führt oft zum Tode. Die Kinder siechen allmählich dahin; dann bemerkt man eine eigentümliche Trockenheit der Haut, die sich in Falten von der straff gespannten, harten Muskulatur abheben läßt, die Hypertonie der Muskulatur, die Bewegungslosigkeit der Kinder, die Schwäche der Herzaktion, die Anorexie. Leider bekommt man meist die Kinder erst zur Behandlung, wenn dies Krankheitsbild vorliegt, d. h. wenn es zu spät

ist. Man betone also stets den Eltern gegenüber ganz energisch, wie gefährdet „Mehlkinder“ sind, und daß diese einseitige Nahrung eine hochgradige Unterernährung bedeutet und nur ganz vorübergehend Anwendung finden darf. Grätzer.

P. Heim, Über die Dosierung der Nährmehle bei Säuglingen im Alter von unter 3 Monaten. (Orvosi hetilap. 1906. Nr. 1.) Verf. verabreicht auch Säuglingen, die noch nicht den dritten Monat erreicht haben, Mehle. Er dosiert kleine Mengen in Fällen, wo die Fettassimilation mangelhaft ist, bei Auftreten von Seifenstühlen und Stillstand der Gewichtszunahme. Ernő Deutsch (Budapest).

E. Terrien (Paris), Le maltosage des bouillies dans l'alimentation du jeune enfant dyspeptique. (Archives de méd. des enfants. Mai 1906.) Der Verf. hebt die guten Erfolge hervor, die man durch die Anwendung der Malzsuppen bei magendarmkranken Kindern erzielen kann, doch muß man sich vor Augen halten, daß dieselben sehr wechselnd sind und hauptsächlich von der Herstellungsweise der betreffenden Präparate abhängen. Im allgemeinen kann gesagt werden, daß jene Präparate am besten vertragen werden, welche möglichst wenig Zuckerstoffe enthalten, wie solche als Maltose, Malto-Dextrin und Dextrin unter dem Einflusse der betreffenden Enzyme entstehen. Die Malzdiastase übt nämlich einerseits eine verflüssigende, andererseits eine die chemische Zusammensetzung verändernde Einwirkung auf das Amylum aus, und es ist von Wichtigkeit für die Herstellung der in Rede stehenden Nährpräparate, erstere möglichst auszunützen, letztere aber zu verhindern, da die Zuckersubstanzen nicht nur keine günstige Wirkung auf die erkrankten Teile des Verdauungsapparates ausüben, sondern selbst imstande sind, Diarrhöen hervorzurufen. In der Malzsuppe soll also die Verflüssigung, aber nicht die Saccharifizierung der Stärkesubstanzen durchgeführt werden. Hierzu ist eine eigene, immer gleichbleibende Technik notwendig, und hauptsächlich ist es von Wichtigkeit, den Einfluß der Diastase bei einer gewissen, immer gleichbleibenden Temperatur vor sich gehen zu lassen. In dieser Beziehung haben die Untersuchungen verschiedener Forscher gezeigt, daß das Temperaturoptimum bei 80° liegt, außerdem ist es von Vorteil, die Diastase durch Infusion bei einer Temperatur von 55—60° auszuziehen.

Was die therapeutische Anwendung anbetrifft, so hat die Erfahrung gezeigt, daß die Mischung von zwei Teilen gewöhnlicher Milch und einem Teile Malzsuppe in den meisten Fällen die besten Resultate gibt.

Die interessante Arbeit, welche viele technische und therapeutische Einzelheiten gibt, sollte im Original nachgelesen werden.

E. Toff (Braila).

A. Kahan, De l'alimentation par les décoctions végétabiles dans les gastro-entérites infantiles. (Thèse de Paris. 1906.) Kinder, welche an verschiedenen Störungen der Verdauungsorgane leiden, vertragen, namentlich während des akuten Stadiums ihrer Krankheit, schlecht reine Milch, und wurde dieselbe entweder durch gekochtes Wasser oder durch verschiedene Abkochungen er-

setzt. K. hat auf Anregung von C. eine vegetabilische Abkochung in der Kinderernährung versucht und mit derselben recht gute Erfolge erzielt. Zur Herstellung derselben werden je 30 g oder je ein Eßlöffel von Weizen, Perlgraupen, gestoßenen Mais, Bohnen, Erbsen und Linsen durch 3 Stunden in 3 Liter Wasser gekocht und dann 20 g Kochsalz hinzugefügt. Nach dem Durchseihen erhält man etwa 1 Liter Flüssigkeit, welche zur Herstellung von Suppen für das Kind benützt werden kann, etwa 1 Kaffeelöffel Reis-, Hafer- oder Gerstenmehl auf 100 g Abkochung, oder man gibt dieselbe ohne weiteren Zusatz in kleinen Quantitäten alle 2 oder 3 Stunden.

Der Verf. veröffentlicht 13 Krankengeschichten, betreffend Kinder im Alter von 6 Wochen bis zu 17 Monaten, aus welchen ersehen werden kann, daß die Ernährung mit der erwähnten vegetabilischen Abkochung eine Zunahme des Körpergewichtes und Aufhören der Diarrhöe und des Erbrechens bewirkt. Die betreffende Flüssigkeit übt bei akuten und chronischen Gastroenteritiden einen antiputriden Einfluß aus, sie hat eine bedeutende Nährkraft, und übt eine Rehydration bei jenen Kranken aus, die durch bedeutende Säfteverluste heruntergekommen sind. Man kann dieselbe auch in der zweiten Kindheit, namentlich bei schleimig-membranöser Enterokolitis vorteilhaft zur Herstellung von dicken Suppen benützen. E. Toff (Braila).

L. Piga, Das Tachiol in der Behandlung der infantilen Gastroenteritis. (La Pediatria. März 1906.) P. berichtet über günstige Erfolge, die er mit dieser Substanz, einer wässerigen 10%igen, farb- und geruchlosen, durchsichtigen, metallisch schmeckenden Fluorsilberlösung erzielt hat. Eine Lösung von 1:5000 wurde per os in Dosen von 150—200 g in 24 Stunden, i. e. ca. 1 Teelöffel alle $2^1/_2$ Stunden verabreicht. Per rectum wurden im Klysma 25—100 g 2—3mal täglich gegeben. Nach den an 9 typischen Fällen in der Poliklinik zu Turin gewonnenen Erfahrungen soll das „Tachiol“ in einer Lösung von 1:5000 bei interner wie per rectum erfolgender Anwendung ein hervorragendes Antiseptikum bei akuter und chronischer Gastroenteritis der Kinder sein. In allen Fällen wurde eine schnelle Besserung im Gesamtzustand notiert, indem Farbe und Lebensgeister sich wieder einstellten. In jenen Fällen wo häufiges Erbrechen jeder anderen Behandlung getrotzt hatte, brachte eine eintägige Anwendung des Tachiol das Erbrechen zum Schwinden. Die Zahl der diarrhoischen Entleerungen ließ in recht schweren Fällen nach 2—3 Tagen schon nach und diese wurden in Farbe und Konsistenz normal. Das Mittel wurde bereitwillig von allen Kindern genommen. H. Netter.

K. Apfelstedt (Berlin-Friedenau), Zur Bekämpfung der Säuglingssterblichkeit, speziell des Brechdurchfalles. (Therap. Monatshefte. Oktober 1906.) A. beschuldigt die Fliegen, die Haupturheber des Brechdurchfalles zu sein. Er gibt zahlreiche Beweise für diese Behauptung, die er durch genaue Beobachtungen sammeln konnte. Wir geben einzelne Abschnitte seiner Arbeit wörtlich wieder:

„Weitaus am häufigsten aber geschieht die Übertragung von



Bacterium coli auf die Säuglinge durch Fliegen. Die Stubenfliege (Musca domestica) macht wie alle Dipteren eine vollkommene Metamorphose durch. Die Eier werden in tierische und hauptsächlich in menschliche Fäkalien gelegt; letztere dienen den aus den Eiern ausschlüpfenden Larven als Nahrung. Die Larven verpuppen sich und aus den Puppen schlüpfen nach wenigen Wochen die jungen Fliegen. Die ganze Entwicklung vom Ei bis zum Ausfliegen der fertigen Tiere spielt sich also meistens in menschlichen Fäkalien ab; Voraussetzung ist, daß letztere stagnieren und einen relativ hohen Wärmegrad besitzen, also in Gärung begriffen sind; das sind aber die Bedingungen, unter denen das Bacterium coli die höchste Virulenz erreicht. Die jungen Fliegen erlangen sehr bald nach dem Verlassen der Puppe die Fähigkeit zu fliegen und beginnen nun sofort ihren unruhigen Lebenslauf. Rastlos fliegen und laufen sie von einem Punkt zum andern; mit ihren Klebefüßen haften sie überall, den ewig tätigen Rüssel versenken sie in jede organische Substanz. Ihrer unsauberen Herkunft bleiben sie das ganze Leben hindurch treu. Sie finden sich am meisten und liebsten da, wo es schmutzig ist, und wo schlechte Ventilation herrscht. Kein Wunder, wenn sie in unsauberen, nicht gelüfteten Wohnungen der Armen in zahllosen Scharen zu treffen sind, besonders dann, wenn Säuglinge in den Familien vorhanden sind, die jener Atmosphäre den bekannten, eigentümlichen Geruch verleihen, der für Fliegen offenbar besonders anziehend ist. Mit großer Gier wird die Windel, die man unzweckmäßigerweise beim Reinigen des Säuglings zunächst auf den Boden zu werfen pflegt, von ihnen angenommen. Ebensogern wird der Mund des unbeaufsichtigten Säuglings von ihnen revidiert; da ein großer Teil der „Flaschenkinder“ nach der Nahrungsaufnahme aufzustoßen und eine kleine Quantität Milch zu speien pflegt, finden die Fliegen hier reichlich Nahrung. Begibt sich die Fliege von der Windel eines darmkranken Kindes zum Mund des gesunden und sucht hier die Lippenschleimhaut ausgiebig ab, so ist die Übertragung mit Bacterium coli gegeben, denn der Säugling wehrt, wenn überhaupt, die Fliegen weniger mit den Händen ab als durch Bewegungen der Lippen und der Zunge, d. h. er macht Saugbewegungen.

Meistens geschieht die Übertragung des Bacterium coli aber wohl auf andere als die eben beschriebene Weise. Die jungen Fliegen haben nämlich bei ihrem ersten Ausflug und wahrscheinlich in den ersten Tagen ihres Lebens massenhaft Bacterium coli an der gesamten Körperoberfläche, welches sie durch einfaches Abstreifen zu übertragen vermögen. Das erklärt sich aus ihrer Entwicklung.“

„Die merkwürdige Erscheinung, daß in manchen Jahren der Höhepunkt des Brechdurchfalls der Säuglinge nicht mit der größten Hitzeperiode zusammenfällt, sondern erst etwas später eintritt, läßt sich ganz ungezwungen erklären. Die Fliegenentwicklung geht zwar vom Frühjahr bis zum Herbst vor sich, die Brutstätten enthalten aber zunächst wenig pathogene Keime, speziell wenig virulentes Bacterium coli. Mit der heißesten Zeit erst beginnen die Enteritiden und Kolitiden der Erwachsenen sich zu häufen; es gelangt also reichlich virulentes Bacterium coli an die Orte, wo die Fliegenmetamorphose statt-

findet. Gleichzeitig beginnt aber auch mit der dauernden Hitze im Hochsommer die Gärung der Fäkalien und mit dieser die Steigerung der Virulenz der Kolikeime. Da die Fliegenmetamorphose mehrere Wochen in Anspruch nimmt, tritt gewiß der Fall manchmal ein, daß die während der größten Hitze sich entwickelnden Fliegen, welche die am meisten pathogenen Keime führen, erst nach Eintritt kühlerer Temperatur zum Ausflug gelangen.

Aus den mitgeteilten Beobachtungen, aus den Erfahrungen der Praxis und der Anstalt sind folgende Schlüsse zu ziehen:

Die Unsauberkeiten bei der Milchgewinnung, die Unzweckmäßigkeiten bei der Zusammensetzung der Säuglingsnahrung können Darmstörungen der verschiedensten, auch schwersten Art hervorrufen, aber keinen echten Brechdurchfall.

Der Brechdurchfall, die Cholera infantum, beruht auf der Anwesenheit von Bacterium coli hoher Virulenz im Darm des Säuglings. Am meisten zu fürchten ist das von außen eingeschleppte Bacterium coli.

Dieses kann durch die Hand des Pflegepersonals auf den Säugling übertragen werden. Dann handelt es sich um frisches, vor kurzem aus dem Darm Erwachsener oder von Säuglingen entleertes Bacterium coli.

Weit gefährlicher ist das Bacterium coli aus stagnierenden oder gärenden Fäkalien, welchem höchste Virulenz und Pathogenität zukommt. Dieses findet sich häufig an der Gesamtoberfläche der ihren Brutort verlassenden jungen Stubenfliegen.

Diejenigen Stadtteile, Häuser und Wohnungen, in denen die meisten und schwersten Fälle von Cholera infantum vorkommen, beherbergen auch die meisten Fliegen. Unbeaufsichtigte Säuglinge werden notorisch am meisten von Fliegen geplagt. Beim Aufsaugen von Milchresten am Munde des Kindes können Fäkalienreste und Kolikolonien vom Fliegenkörper abgestreift und später vom Säugling verschluckt werden. Natürlich gibt es auch noch andere Übertragungsmöglichkeiten.

Der Hauptbrutplatz für die Fliegen sind die improvisierten, nicht an die Kanalisation angeschlossenen Aborte der Neubauten, Laubenkolonien usw.

Die Folgerungen aus dem Gesagten ergeben sich von selbst.

Die Verunreinigungen der Milch lassen sich zum überwiegenden Teil durch Sterilisieren ausgleichen; das Sicherste und Einfachste ist und bleibt der Soxhletapparat.

Zur Herabsetzung der Säuglingssterblichkeit an Brechdurchfall ist erforderlich:

Aufklärung der Pflegerinnen und Mütter über die Hygiene der Defäkation,

Schutz der Wohnungen vor Fliegen durch Ventilation, Reinlichkeit, Fliegenfenster usw.,

stete Beaufsichtigung der Säuglinge.

In der Hauptsache aber wird der Kampf gegen die Säuglingsmassensterblichkeit, soweit sie durch Cholera infantum, also durch Bacterium coli, bedingt ist, ohne gesetzgeberische oder polizeiliche Verordnungen aussichtslos sein.

Wir brauchen eine baupolizeiliche Bestimmung, daß jedes Klosett eine an die Wasserleitung angeschlossene Waschvorrichtung zum Händewaschen besitzt. Und eine zweite Verordnung, daß die Erlaubnis zum Beginn des Neubaues erst erteilt wird, wenn ein an die Kanalisation angeschlossenes, mit Wasserspülung versehenes Klosett für die Bauarbeiter errichtet ist. Für die Laubenkolonien usw. müssen andere schützende Bestimmungen getroffen werden.

Außerdem aber muß die Cholera infantum unter die Zahl der Krankheiten, welche dem Seuchengesetz unterliegen, aufgenommen werden. Würde man gegen die Cholera infantum mit derselben Energie vorgehen, wie man sie bei der Bekämpfung der Cholera asiatica bewiesen hat, so würde man bald auch hier die gleich guten Resultate zeitigen. Dazu gehörte in erster Linie die Meldepflicht und die strenge Isolierung. Es fehlt freilich bisher eine wichtige Vorbedindung: Die genaue Kenntnis und der exakte Nachweis der verschiedenen Virulenzgrade des Bacterium coli. Hier steht den Bakteriologen ein Feld offen. Unverdienstlich wäre die Arbeit nicht; denn es sterben in Deutschland an Cholera infantum in einem einzigen Jahre mehr Menschen, als an Cholera asiatica in den letzten 30 Jahren zusammengenommen zugrunde gingen. Grätzer.

M. Berend, Über das Krankheitsbild der Darmfäulnis Neugeborener. (Orvosi hetilap. 1906. Nr. 1.) Verf. führt diesen Symptomenkomplex auf Verschlucken von Fruchtwasser zurück. Am ersten Lebenstag zeigt sich vor der Nahrungsaufnahme Erbrechen, in den folgenden Tagen fieberhafter Zustand. Nach der Mekoniumentleerung schleimige, faulig riechende Stühle.

Ernö Deutsch (Budapest).

Hermann M. Adler, Zur Kenntnis der stickstoffhaltigen Bestandteile der Säuglingsfäzes. (Jahrb. f. Kinderheilk. 64. Bd. Ergänzungsh.) In den Säuglingsfäzes findet sich unter normalen und pathologischen Verhältnissen ein durch Essigsäure fällbarer Eiweißkörper (es ist möglich, daß nicht ein einheitliches Individuum, sondern ein Gemenge vorliegt.) Es ist falsch, diesen Eiweißkörper mit Kasein zu identifizieren; ebenso unrichtig ist es, daß die in den Stühlen vorhandenen Bröckel aus Kasein bestehen. Ebenso regelmäßig wie der durch Essigsäure fällbare finden sich im Stuhle ein oder mehrere koagulable Eiweißkörper, die wir unter die Albumine zu zählen berechtigt sind. Albumosen kommen unter normalen Verhältnissen in den Säuglingsfäzes nur in geringen Mengen vor, ebenso kommt es unter physiologischen Verhältnissen nicht zu einer Ausscheidung größerer Mengen von echtem Pepton. Unter pathologischen Verhältnissen, z. B. bei Enterokatarrh, scheint eine vermehrte Albumosenausscheidung möglich zu sein. Unter normalen Verhältnissen kann es zu einer Ausscheidung minimaler Mengen von Aminosäuren, insbesondere von Tyrosin kommen. In diesem Vorkommnis eine mangelhafte Bewältigung der Nahrung bzw. das Auftreten eines schädlichen Nahrungsrestes zu sehen, liegt kein Grund vor. Hecker.

Otto Spiegel, Über das Vorkommen und die Natur der Nothnagelschen gelben Schleimkörner in den Säuglings-

fäzes. (Arch. f. Verdauungskrankh. Bd. XII. H. 4.) Im Gegensatz zu Nothnagel und Schmidt-Schorlemmer hält S. die „gelben Schleimkörner“ nicht für pathologisch. Er fand sie bei nach Tausenden zählenden Untersuchungen allerdings nie bei Brustkindern, fast stets jedoch bei den ganz oder zum Teil künstlich ernährten Säuglingen. Ihre Farbe variiert nach der Nahrung; beim Zerdrücken unter einem Deckglas bewies das knirschende Gefühl ihre bröcklige krümelige Konsistenz; mikroskopisch sieht man dann schollige Massen. Diese änderten sich nicht bei Zusatz von Alkohol, Äther, HCl, saurem Äther, NaOH, KOH, HCl, PO_4H_3, Essigsäure, Karbolsäure. Bei Zusatz von H_2SO_4 trat eine braunrote Verfärbung ein; von der Peripherie beginnend schossen strahlenförmig Kristallnadeln auseinander; schließlich fand sich statt der Scholle eine Kristalldrüse. Zur Analyse wurde Kot mit Wasser verrieben, dann durch ein dreifaches Sieb getrieben. Auf dem dritten sehr dichten Durchlauf fanden sich die Körner; sie wurden zur Entfernung der Bakterien mit Wasser, Alkohol und Äther ausgeschüttelt. Die Analyse ergab 0,245 % N, 65 % Rückstand bei der Veraschung (P_2O_5, Ca, Al, Spuren von Fe und Mg); eine zweite Analyse ergab: 48,08 % organische, 51,92 % unorganische Substanz, 1,922 % N. Der geringe N-Gehalt läßt an Verunreinigung denken; wahrscheinlich handelt es sich bei den Körnern um ein phosphorsaures Aluminiumkalksalz. Praktisch scheint ihr Wiederauftreten nach schweren Störungen häufig ein Zeichen beginnender Besserung zu sein.

M. Kaufmann.

Adolph H. Meyer (Däne), Ödeme ohne Albuminurie bei Darmkatarrhen der Kinder. (Hospitalstidende 1906. Nr. 39.) Bei einem 1 1/2 Jahr alten Knaben, in der Klinik des Verf.s aufgenommen, traten während einer subakuten Enterokolitis Ödeme auf, ohne daß irgend ein Zeichen einer Nierenentzündung im Harn sich nachweisen ließ. Keine vorhergehende Scarlatina; keine vorhandene Anämie; keine stethoskopischen Zeichen eines Herzleidens. Das Kind war sehr geschwächt. Die in den peripheren Teilen ausgebreiteten Ödeme hatten den Charakter eines zyanotischen Ödems. Zugleich waren Zeichen eines meningealen Ödems vorhanden. Der Verf. vergleicht den Fall mit dem Ödem bei geschwächten Neugeborenen. Anfangs war trotz chlorhaltiger Nahrung Achlorurie bzw. Hypochlorurie nebst Oligurie und niedrigen spezifischen Gewicht des Harns vorhanden. Durch Eingeben von 3 Gramm ClNa täglich in 2 Tagen nahmen die Ödeme kolossal zu.

Der Chlorstoffwechsel wurde im Verlaufe von 4—5 Wochen annähernd bestimmt (Berechnung der Chloride in der Nahrung, Bestimmung der Chloride des Harns durch Volhardts Methode), wegen Mangel zuverlässiger Harnrezipienten ließen ganz genaue Zahlen des Chlorstoffwechsels sich doch gewöhnlich nicht aufstellen. Chloride in den Fäzes sehr sparsam. — Der Verf. erwähnt die bisher veröffentlichten Fälle (Stoeltzner, L. F. Meyer, Hutinel, Rocaz u. a.) und die landläufigen Hypothesen, glaubt, daß in seinem Fall vielleicht Herzschwäche Zirkulationsstörungen hervorgerufen habe, die unter andern durch Stauung in den Nieren Wasser- und Chlorideretention

veranlaßt haben. Durch Behandlung des Darmkatarrhs trat Heilung ein; die Ödeme, die mit starker Gewichtszunahme einhergingen, schwanden unter Gewichtsabnahme und Polyurie, und später wurde der Chlorstoffwechsel normal. Der Verf. hebt den Unterschied des Chlorstoffwechsels der Kinder bzw. der Säuglinge gegenüber demjenigen der Erwachsenen hervor. Autoreferat Adolph H. Meyer (Kopenhagen).

J. Roux et **Josserand** (Cannes), Des rélations des entérocolites avec les adénoidites chez l'enfant. (Revue mens. des malad. de l'enfance, Août 1906.) Die Verff. haben eine größere Anzahl von Kindern mit schleimiger Enterokolitis untersucht und gefunden, daß dieselben in konstanter Weise an adenoiden Erkrankungen, akuter oder chronischer Natur, leiden. Das gleichzeitige Vorkommen dieser beiden Erkrankungen ist ein so regelmäßiges, daß R. und J. sich fragen, ob es Enterokolitis beim Kinde gibt, welche nicht durch eine Erkrankung der Nase oder des Nasenrachenraumes bewirkt wäre. Es ist sehr wahrscheinlich, daß die Kinder die schleimigen und eitrigen Massen, die sich auf den Nasenvegetationen bilden, verschlucken und auf diese Weise ihren Darmkanal infizieren. Die Darmerkrankung tritt gewöhnlich unter der Form von Verstopfung, abwechselnd mit Diarrhöen und schleimigen Stuhlentleerungen auf. Eine Anzahl von Krankengeschichten werden von den Verff. zur Stütze ihrer Ansicht angeführt. E. Toff (Braila).

E. J. Moure, Des végétations adénoïdes chez les nourissions. (Journal de médecine des Bordeaux. 1905. Nr. 35.) Wenn auch in den letzten Jahren den adenoiden Vegetationen der Kinder erhöhte Aufmerksamkeit geschenkt worden ist, so erstreckt sich dieselbe doch nicht auf das Säuglingsalter, obwohl auch dieses von der in Rede stehenden Krankheit nicht verschont bleibt. Die Hauptsymptome sind: Störungen in der Nasenatmung und Gehörsstörungen. Im weiteren Verlaufe können sich Laryngealerscheinungen, spasmodischer Husten, Entzündungen des Mittelrohres, des Labyrinths hinzugesellen, Taubstummheit sich entwickeln usw. Die Behandlung besteht in radikaler Entfernung mittels gebogener Nasopharyngealzangen. Oft muß die Operation nach einigen Jahren wiederholt werden, namentlich wenn das Kind in der Zwischenzeit Scharlach, Masern, Influenza und ähnliches durchgemacht hat. E. Toff (Braila.)

Cohn, Adenoide Vegetationen und Schwerhörigkeit. (Zeitschr. f. Ohrenheilkunde. Bd. 52. Heft 3.) Verf. untersuchte zusammen mit Linck 1573 Volksschüler in Königsberg, von denen 315 = 18 % als mehr oder minder schwerhörig gefunden wurden. Unter diesen 315 war die Schwerhörigkeit durch adenoide Vegetationen allein in 153, durch Folgeerscheinungen derselben in 12 Fällen, also insgesamt in 165 Fällen = 52,4 % sicher bedingt. Bemerkenswert war, daß bei einer großen Anzahl von Schülern weder diesen selbst noch ihren Lehrern das mangelhafte Hörvermögen aufgefallen war. Die Ergebnisse dieser Untersuchungen zeigen wieder die Notwendigkeit der regelmäßigen Untersuchung aller Kinder zu Beginn des Schulgehens auf Hörvermögen. A. Sonntag (Berlin).

Lange, Altes und Neues über die Adenoidenfrage. (Monatsschrift f. Ohrenheilk. 1906. Heft 9.) Verf. präzisiert seinen Standpunkt in der Adenoidenfrage, wie er ihn jetzt nach über 30jähriger Praxis einnimmt. Ein Rezidivieren der Vegetationen, von dem oft geschrieben wird, ist sehr unwahrscheinlich, es handelt sich lediglich um eine nicht genügende Entfernung bei der ersten Operation. Begründet ist die Ansicht der Rezidivierung durch die Meinung, daß die Operation der adenoiden Vegetationen ein Eingriff sei, den jedermann machen könne. Dem ist aber durchaus nicht so. Abgesehen von der richtigen Stellung der Diagnose, die nur mit Digitalexploration — die auch gelernt sein will und nur den Ungeübten häufig falsche Diagnose stellen läßt — möglich ist, ist die Entfernung der adenoiden Vegetationen lege artis eine Operation, welche große Übung erfordert. Trotz richtiger Entfernung bleibt aber in einer gewissen Anzahl von Fällen der Erfolg aus. Der Grund ist zuweilen ein hypertrophischer Katarrh im Nasenrachenraume, der zwar durch die Operation gebessert, aber nicht geheilt wurde, und einer Nachbehandlung bedarf. Schon Meyer, welcher zuerst die adenoiden Vegetationen entfernte, legte großen Wert auf die Nachbehandlung. Eine andere Erklärung des Ausbleibens des Erfolges findet der Verf. im Nervensystem, die angewandte Therapie — Arsen und Eisen — hat befriedigende Resultate ergeben. So ist die Enuresis der Kinder, welche in letzter Zeit als häufige Begleiterscheinung der adenoiden Vegetationen angesehen wurde, ein neuropathisches, von den Vegetationen unabhängiges Leiden. Daß bei einem derartigen Leiden auch einmal eine Operation günstigen Einfluß haben kann, ist wahrscheinlich. Unter 50 Fällen von Enuresis fand Verf. 8mal adenoide Vegetationen, 3mal einen hypertrophischen Retronasalkatarrh, 3mal eine minimale Vergrößerung des adenoiden Gewebes, 36mal den Nasenrachenraum vollständig frei. Bei den 8 Fällen mit Vegetationen hatte in 7 Fällen die Operation absolut keinen Einfluß, der achte Fall war zweifelhaft. In 49 von 50 Fällen spielten also die adenoiden Vegetationen bei Enuresis keine Rolle. Es ist also die Enuresis der Kinder als ein neuropathisches Leiden zu betrachten, die Ansicht des Zusammenhanges desselben mit adenoiden Vegetationen entbehrt der festen Begründung.

A. Sonntag (Berlin).

O. Watermann u. F. L. Baum, Zur Behandlung phlyktänulärer Augenerkrankungen. (Aus Prof. Silex' Poliklinik in Berlin.) (Die ärztl. Praxis. 1906. Nr. 20.) Verff. haben die Erfahrung gemacht, daß die phlyktänulären Augenentzündungen dauernd verschwinden nach Entfernung von Rachen- und Gaumentonsillen, sowie etwaiger Gewächse der Nase; sehr hartnäckige und schwere Fälle heilten nach diesen Eingriffen verblüffend schnell. Und fast bei allen Kindern, welche mit phlyktänulären Erscheinungen zur Behandlung kamen, wurden lymphoide Wucherungen gefunden und die Indikation zur Operation festgestellt. Letztere wurde ohne Narkose ausgeführt, bei Entfernung der Rachentonsille zunächst mit einer gefensterten Zange mit scharf schneidenden Rändern, dem man den modifizierten Gottstein folgen ließ, bei der Tonsillotomie mit dem Instrument von Fahnestock. Nie exzessive Blutung oder irgend-

welche Nachblutung. Nachbehandlung: Gurgeln mit Thymollösung (mit etwas Pfefferminz), Ausspritzen mit Wasserstoffsuperoxyd. Während der ersten 48 Stunden nur flüssige, abgekühlte Nahrung. Außerdem Syr. ferri jod. (3mal tägl. 1 Tropfen pro Lebensjahr). Rasche Besserung aller Erscheinungen. Grätzer.

H. Delius (Hannover), Über Enuresis und ihre suggestive Behandlung. (Wiener klin. Rundschau. 1906. Nr. 37.) D. zeigt, daß man die Enuresis heut nicht mehr als eine lokale Blasenschwäche ansehen darf, sondern daß es sich um eine zerebrale Hemmung funktioneller Natur handelt, nahe verwandt mit den Hemmungen bei Hysterie. Dementsprechend ist Suggestionsbehandlung unter Zuhilfenahme der Hypnose die rationellste Behandlung. D. hat damit auch sehr befriedigende Resultate erzielt. Die Hypnose ist nötig, weil sie die Suggestibilität bedeutend erhöht; sie muß sogar möglichst tief sein. Man suggeriert dem Kinde, daß es Drang fühlen werde, daß es dadurch sofort aus dem Schlafe erwachen und den Topf benutzen werde; ferner daß es, wenn es das Bedürfnis fühle, den Harn solange werde halten können, bis es den Topf habe, und dergl. Sehr wichtig ist es auch, auf die Furcht der Kinder vor dem Bettnässen bei den Suggestionen Rücksicht zu nehmen, indem man die Patienten beruhigt, daß es nun so leicht nicht wieder vorkommen werde, daß sie jetzt ruhig zu Bett gehen könnten, sie würden schon aufwachen, usw. Im übrigen wird man natürlich seelische Erregungen vermeiden, von harten Strafen absehen müssen. Auch sollen die Kinder möglichst wenig an ihr Leiden erinnert werden; so kann es manchmal notwendig werden, dem Patienten ein anderes Bett oder sogar ein anderes Schlafzimmer zu geben, damit er nicht durch den Uringeruch, durch die Umgebung usw. auf sein Leiden wieder aufmerksam gemacht wird. Man wird natürlich die Kinder auch anhalten, vor dem Einschlafen die Blase zu entleeren, den Kindern aber schon von Nachmittags an nichts Flüssiges mehr zu geben, ist unnütze Quälerei. Grätzer.

E. v. Vietinghoff-Scheel, Zur Therapie der Enuresis nocturna. (St. Petersburger Mediz. Wochenschrift. 1906. Nr. 35.) Verf. berichtet über zwei Fälle, bei denen die Therapie, bestehend in Rücken- und Kreuzbeinklopfung mit dem Oszillatoransatzstück des Concussor „Ewer“ sehr guten Erfolg hatte. Er wollte durch die Vibration das Reflexzentrum der Blasenmuskulatur, das außer im Gehirn auch im Lendenmark liegt, anregen und hatte die vier ersten Sakralwurzeln des Rückenmarks, die an dem Mechanismus der Blase bei Zurückhaltung und Entleerung des Harns direkt beteiligt sind, im Auge; der Erfolg sprach dafür, daß diese Annahme kein Trugschluß war. Grätzer.

Neuhaus (Hagen i. W.), Eine neue Harnprobe auf Santonin. (Deutsche med. Wochenschrift. 1906. Nr. 12.) Einige Kubikzentimeter Harn werden mit einigen Tropfen Fehlingscher Lösung versetzt. Es tritt dann eine dunkelgrüne Farbe auf. Bei weiterem Zusatz wird der Harn dunkelviolettrot. Setzt man jetzt irgendeine Säure zu, so tritt eine hellgrüne Farbe auf. Am besten eignet sich Essigsäure als

Zusatz, welche eine smaragdgrüne Farbe hervorruft; stärkere Säuren färben den Harn dunkler grün. Offenbar erzeugt das Santonin im Harn einen reduzierenden Körper, welcher die grüne Farbe des Kupfers verursacht. Harne von Kindern, welche Santonin in den üblichen Dosen genommen haben, zeigen obige Reaktion stets in schönster Weise. Andere Medikamente rufen die Reaktion nicht hervor; nur Rheumharne, die auf Zusatz von Fehlingscher Lösung und Säure eine schmutziggrüne Farbe annehmen, jedoch ohne vorher jene Violett-Rotfärbung zu geben. Grätzer.

S. Zapinski, Schwefelsaurer Kalk als Harnsediment. (Przeglad lekarski. 1906. Nr. 33.) Bei einem 11jährigen Knaben, dessen klinische Diagnose auf Tumor cerebri lautete, fand Verf. im Sediment des trüben Harnes Gipskristalle. Dieselben sind den Tyrosin und Hippursäurekristallen ähnlich, in Ammoniak und Säure unlöslich, löslich in einer heißen Salzsäurelösung. In den vier bis jetzt veröffentlichten Fällen wurde Kachexie gleichzeitig konstatiert, im Falle von Weisstrand verschwand das Sediment mit dem Momente des Eintrittes der allgemeinen Besserung. Eine klinische Erklärung dieser Erscheinung ist bis nun nicht gegeben worden. Gabel (Lemberg).

Louis Baumann, Ein Beitrag zur Kenntnis der Beschaffenheit des Urins bei der Rachitis. (Jahrb. f. Kinderheilk. Bd. 64. Ergänzungsh.) An einer Reihe von rachitischen Kindern wurde der frisch gelassene Urin auf Geruch, Reaktion und NH_3-Gehalt untersucht. Niemals konnte ein eigentümlicher Geruch als charakteristisch für den rachitischen Prozeß festgestellt noch auch beobachtet werden, daß diese Erkrankung zur Entleerung eines in ammoniakalischer Gärung befindlichen Urins Anlaß gebe. Der frisch entleerte Urin war fast stets sauer. Der rachitische Krankheitsprozeß geht nicht mit erhöhter Ammoniakausscheidung einher, und eine vermehrte Bildung und Ausscheidung von Säuren ist demnach unwahrscheinlich. Hecker.

Aladàr Ernödi, Die Behandlung von Nierenerkrankungen mit dem Macerate von Schweinsnieren, auf Grund eines Falles besprochen. (Budapesti orvosi ujság. 4. Jan. 1906.) Eine nach allen möglichen therapeutischen Maßnahmen vergeblich behandelte postskarlatinöse orthostatische Albuminurie verschwand nach Darreichung eines Schweinsnierenmacerates. Ernö Deutsch (Budapest).

G. Paisseau, La rétention de l'urée. (La presse médicale. 1906. Nr. 35.) Klinische und experimentelle Untersuchungen haben gezeigt, daß Veränderungen des Nierenparenchyms, wie dieselben infolge von verschiedenen Nierenerkrankungen zustande kommen, nicht nur zu einer Retention von Chlornatrium, sondern auch zu einer solchen von Harnstoff im Organismus führen. Letztere ist um so wichtiger, als dieselbe auf einer Zurückhaltung von albuminoiden Substanzen, deren toxische Rolle im Organismus bekannt ist, hindeutet. Eine stickstoffarme und gleichzeitig salzlose Nahrung führt zu einer Entladung des Körpers von zurückgehaltenem Harnstoffe, und ist also auf diese Weise der günstige Einfluß, den ein spezielles Regime

bei Nierenerkrankungen ausübt, zu erklären. Letzteres besteht hauptsächlich aus Brot, Erdäpfeln, Butter, weißem Käse und Zucker, und man kann auf diese Weise mit Leichtigkeit etwa 2000 Kalorien zuführen, was für ein sich in Ruhe befindliches Individuum vollkommen genügend ist.

E. Toff (Braila).

III. Aus Vereinen und Versammlungen.

Bericht über die 26. Sitzung der Vereinigung niederrheinisch-westfälischer Kinderärzte

zu Köln am 5. August 1906.

Rensburg demonstriert einen **Fall von Pulmonalstenose** bei einem Kinde mit Wolfsrachen. Die besonders starke Hypertrophie des rechten Ventrikels, die sich sowohl perkussorisch als ganz besonders durch Röntgenaufnahme ergibt, und die starke Pulsation des rechten Ventrikels machen auch einen Septumdefekt (maladie de Rogu) wahrscheinlich.

Koch (Elberfeld) demonstriert Präparate a) eines 5 Monate alten Kindes mit zwei ausgedehnten **Kavernen in den Lungenspitzen**, miliare Hepatisationsherde bzw. Tuberkel der ganzen Lunge. b) Ein Präparat eines **Falles von Gehirnhautentzündung**, bei dem mehrfach Lumbalpunktion und 3 mal Ventrikelpunktion gemacht war. Hochgradige käsige Tuberkulose der großen Ganglien und des Kleinhirns. Interessant ist die Sichtbarkeit der drei Einstichöffnungen. Der erste Einstich hat eine Blutung veranlaßt, die sehr leicht zum sofortigen Exitus hätte führen können.

Rensburg berichtet über einen **Fall von Konvexitätsmeningitis**, welcher nach drei Richtungen besonderes Interesse verdient, 1. wegen seines anfänglich chronischen, fieberfreien Verlaufes, der längere Zeit einen chronischen Hydrocephalus vortäuschte, 2. wegen seiner Ätiologie (Pneumokokkenmeningitis) im Anschluß an eine Blennorrhoea neonatorum non gonorrhoica und (wahrscheinlich spezifischer) chronischer Rhinitis, 3. wegen eines am 4. Tage vor dem Tode plötzlich eintretenden Ödems beider Augenlider, dessen Ursache unaufgeklärt blieb, da eine Thrombose des Sinus cavernosus, für welche das klinische Bild sprach, bei der Autopsie nicht gefunden wurde (wird in extenso veröffentlicht).

Leo (Remscheid) berichtet über einen im Haaner Säuglingsheim beobachteten, nach 3 tägiger Dauer tödlich verlaufenen Fall von **zirkumskriptem Fettsklerem** bei einem 3 monatigen Kinde nach Brechdurchfall. Das Sklerem war und blieb ausschließlich auf die Wangen, besonders die linke lokalisiert. Die mikroskopische Untersuchung exzidierter Teile ergab zwischen dem Fettgewebe einzelne zirkumskripte Entzündungsherde mit spärlichen Kokken. L. führt aus, daß es für das Fettsklerem eine einheitliche Ätiologie nicht geben könne, und daß es wahrscheinlich Fälle gibt, die auf ein infektiöses Agens zurückzuführen seien, das bald diffus, bald mehr lokalisiert bleibe.

Esser (Bonn) spricht über **neutrophile Blutzellen beim Neugeborenen.**

Rey: **Milchversorgung der Städte Rheinlands und Westfalens.** Eine Rundfrage bei 41 Städten über 20000 Einwohnern ergab im wesentlichen, daß bei den Verwaltungen noch wenig Verständnis und Neigung dafür besteht, weder die gewöhnliche Marktmilch hygienisch richtig zu überwachen noch für Säuglingsmilch zu sorgen. Die in einzelnen Fällen getroffenen Einrichtungen stehen in der Mehrzahl mit den von den Kinderärzten aufgestellten Anforderungen in keinem Verhältnisse oder gar in direktem Widerspruche. Als Sachverständige treten fast nur Chemiker, Tierärzte, Techniker und Landwirte auf, selten ein Arzt und dann nur ja kein Kinderarzt. Der Einrichtung von Beratungsstellen steht die Ärzteschaft direkt feindlich gegenüber. Wo Milchküchen eingerichtet sind, muß schon aus diesem Grunde die Beratungsstelle fortfallen, so daß erstere leicht Verfütte-

rungsanstalten werden und eher schaden als nützen und ein Rückgang in ihrer Benutzung nach anfänglichem starken Zulaufe mehrfach festgestellt wurde.

Selter spricht über eine wichtige Aufgabe der Landesverwaltungen bei der Bekämpfung der Säuglingssterblichkeit. Er führt aus, daß ein wichtiges Glied in der Kette der Mittel zur Verringerung der Säuglingsmortalität fehle, wenn die Belehrung der Mütter nicht ausgiebig erfolge. Als ständige Lehrerinnen kämen aber zurzeit nur Hebammen und Fortbildungsschullehrerinnen in Betracht. — Die Ausbildung dieser liege in der Hand der Landesverwaltungen oder sei von diesen abhängig. Hier sei also eine wichtige Aufgabe von diesen Instanzen zu lösen, ohne die man sich keinen Erfolg versprechen könne. — Die Mittel, welche hierfür nötig sein, dürften um so mehr aufzubringen sein, als neben nationalen Gründen eine Anzahl moralischer sowie auch Ersparnisgründe dafür angeführt werden könnten (erscheint in extenso im Zentralblatt für allgemeine Gesundheitspflege).

Rey.

---

78. Versammlung deutscher Naturforscher und Ärzte in Stuttgart.

(Nach der Münchner med. Wochenschrift.)[1])

Sitzung vom 16. September 1906.

Escherich (Wien): **Über Isolierung und Infektionsverhinderung in Kinderspitälern.** Der Aufenthalt gesunder oder kranker Kinder in Spitälern ist mit Gefahren für diese verbunden. Dieselben bestehen darin, daß durch die Emanationen der Kranken, durch direkten Kontakt mit den Kranken oder deren Gebrauchsgegenständen, durch Pflegerinnen oder Ärzte Infektionsstoffe übertragen werden, die bei der besonderen Empfindlichkeit der Kinder für jede Art von Infektion entweder zu selbständigen Erkrankungen (Spitalinfektionen) oder zu Komplikationen oder Verschlimmerungen der bestehenden Erkrankung führen. Diese Infektionen sind um so häufiger und gefährlicher, je jünger die Kinder sind. Es muß daher in Kinderspitälern auf die möglichste Vermeidung dieser Noxen geachtet werden. In dieser Hinsicht sind bei dem Neubau der Wiener Universitäts-Kinderklinik folgende Maßnahmen geplant:

A. Ambulatorium: Die Kinder werden, ehe sie den Warteraum betreten, in der Pförtnerloge ärztlich untersucht und die Infektionsverdächtigen ausgeschieden. Der Zugang zu dieser Pförtnerloge erfolgt durch eine Anstehbahn, ähnlich der bei Theaterkassen angebrachten, wodurch der freie Verkehr der Kinder behindert wird. B. Beobachtungsstation: Auf derselben werden diejenigen Patienten zurückgehalten, die an einer nicht ausgesprochenen Infektionskrankheit leiden oder sich im Inkubationsstadium einer solchen befinden. Hier muß jeder Patient für sich isoliert werden. Am zweckmäßigsten geschieht dies durch das Système cellulaire, wie es in dem Hospital des Institut Pasteur ausgebildet wurde. Dasselbe wird mit einigen, die klinische Demonstration erleichternden Modifikationen durchgeführt werden. C. Infektionsverhütung auf den allgemeinen Abteilungen. Am wichtigsten ist dieselbe für Säuglinge, die, wenn sie inmitten anderer Kranker verpflegt werden, eine enorme Sterblichkeit aufweisen. Die Spitalspflege der Säuglinge kann nur in gesonderten, aseptisch betriebenen Abteilungen und mit einem ausreichenden, speziell geschulten und nur dafür bestimmten Pflegepersonal durchgeführt werden. Außerdem ist die Möglichkeit einer Ammenernährung, die Scheidung der Gesunden (Frühgeborenen) von den Kranken, die Trennung der Gebrauchsgegenstände, die sofortige Isolierung jeder infektiösen Erkrankung zu verlangen. Bei Kindern jenseits des ersten Lebensjahres sind nicht mehr so rigorose Maßnahmen notwendig. Doch empfiehlt es sich, daß die schwer akut Erkrankten, die Tuberkulösen, die „Unreinen“ von den allgemeinen Sälen ausgeschlossen und diese selbst wieder in solche für ältere und solche für jüngere

[1]) Berichterstatter: Dr. L. Langstein (Berlin).

(2—5 Jahre alte) Kinder getrennt werden. D. Infektionsverhütung auf der Isolierabteilung, vermindert die Zahl der Komplikationen und den tödlichen Ausgang. Jedes Bett ist von dem nächststehenden entweder durch eine Zwischenwand oder durch die Breite eines Fensters getrennt, so daß die Kontaktinfektion vermieden ist. Für solche Kranke, welche besonders infektiös erscheinen, sind in jedem Saale einige vollkommen abgeschlossene Isolierzellen vorhanden. Durch diese und ähnliche Maßnahmen dürfte es möglich sein, die Resultate der Spitalbehandlung kranker Kinder noch wesentlich zu verbessern.

In der Diskussion bespricht Rauchfuß speziell den Punkt der Infektionsmöglichkeit beim Eintritt in das Ambulatorium und durch die Besuche. Er stimmt im allgemeinen zu, daß die Einrichtungen, wie sie Escherich in seinem neuen Spital geschaffen hat, zweckmäßig sind, hält es aber für kaum möglich, die Infektionsgefahr durch die Besucher auszuschließen. Knöpfelmacher bringt Zahlen über die Übertragung von Infektionskrankheiten in seinem Spital, die, wie er zeigt, auch der behandelnde Arzt verschulden kann. Czerny (Breslau) betont die Notwendigkeit, die Bettenzahl und die Zahl der poliklinischen Patienten nicht zu hoch anwachsen zu lassen, um die Güte der Leistungen des Arztes nicht zu beeinträchtigen. Escherich meint, der Forderung Czernys könne durch eine Scheidung zwischen Klinik und Abteilung Rechnung getragen werden.

Hamburger (Wien): **Die Oberflächenwirkung des Perkussionsstoßes.**

Vortr. weist darauf hin, daß man in der Perkussionslehre der letzten Zeit die Oberflächenwirkung des Perkussionsstoßes völlig vernachlässigt hat, obwohl Mazon schon vor 50 Jahren darauf hinwies. Die Berücksichtigung der Oberflächenwirkung des Perkussionsstoßes fügt der alten, an sich nicht falschen Erklärung für die relativen Dämpfungen eine neue hinzu, die neben der alten berücksichtigt werden soll. Die von Rauchfuß gefundene paravertebrale Dämpfung auf der gesunden und vom Vortr. kürzlich beschriebene, paravertebrale Aufhellung auf der kranken Seite, Perkussionserscheinungen, wie sie bei Pleuritis regelmäßig gefunden werden, sind überhaupt nicht anders, als durch die Oberflächenwirkung des Perkussionsstoßes zu erklären. Vortr. weist darauf hin, wie wichtig es sei, daß man auf diese Tatsachen Rücksicht nehme und bei der Untersuchung, besonders von Kindern, immer darauf acht haben müsse, daß die Schwingungsfähigkeit des Thorax in keiner Weise beeinträchtigt werde, wie es so leicht geschieht, wenn sich Kinder während der Untersuchung an die Mutter anpressen oder während der Untersuchung ungleichmäßig gestützt werden.

In der Diskussion bemerkt Rauchfuß, daß die paravertebrale Dämpfung bei Pleuritis exsudativa nicht allein auf Einschränkung der Perkussionswirkungssphäre auf der gesunden Seite beruht, sondern auch direkt auf der Mediastinalverschiebung, die sich auch auf der Rückseite nachweisen läßt. Das Dreieck tritt klar hervor bei leisester, auch lautloser Tastperkussion, die an der Schwelle des eben Hörbaren steht; auch Goldscheider hat später die Schwellenwertperkussion betont. Abweichende Resultate erklärt die verschiedene Stärke der Perkussion. Auch Hamburger betont im Schlußwort die Wichtigkeit der Stärke des Perkussionsstoßes für das Auftreten des Phänomens.

Siegert (Köln): **Der Nahrungsbedarf des Brustkindes im 1. Lebensquartal.**

Die Prüfung, ob große Trinkpausen, welche eine Erledigung der Frauenmilch im Säuglingsdarm sichern, dem Säugling eventuell von Vorteil sind, führte zur Durchführung der Ernährung mit nur vier Mahlzeiten bei zwei gesunden Brustkindern. Zuweilen wurde bei sehr geringer vierter Mahlzeit eine fünfte nachts konzediert. Tadellose körperliche und geistige Entwicklung wurde während des Versuchs erzielt. Es ergab sich unter Berechnung von 650 Kalorien für 1 Liter Frauenmilch ein Energiequotient von 80,4 bzw. 80 für das ganze erste Lebensquartal, von 70,5 bzw. weniger als 70 bei bestem Anwuchs von der 9. Woche an. Die betreffenden Werte Heubners, 100 Kalorien, bzw. 70 als Minimum für Erhaltung des Gleichgewichtes, erfahren hier insofern die von Czerny vorausgesehene Herabminderung auf 80 bzw. weit unter 70, noch dazu bei bestem Anwuchs, bei veränderter Versuchsanordnung mit größeren Trinkpausen. Die Milch, nur in betreff des Fettgehaltes öfter analysiert, war in beiden Fällen sicher mit 650 Kalorien hoch bewertet. Es ist also für diese beiden Fälle — nicht etwa im allgemeinen — bewiesen, daß ein recht mäßiger Nahrungsbedarf bei bestem Gedeihen durch vier Mahlzeiten befriedigt wurde. Damit ergibt sich für zahllose Mütter der arbeitenden Klasse die Möglichkeit des Stillens ihrer Kinder, ohne Furcht vor

maximalen Stillpausen. Unter allen Umständen liefern 4—5 stündliche Trinkpausen mit 4—5 Mahlzeiten mehr als 2—3 stündliche und 6—8 Mahlzeiten schon im ersten Lebensjahre.

In der Diskussion betont Salge (Dresden) die Notwendigkeit kalorimetrischer Untersuchungen, um Energiewerte festzustellen. Knöpfelmacher wendet sich gegen die Hypothese Siegerts von der besseren Ausnützung in seinen Fällen. Feer schließt sich Salge an, als Beispiel Reyhers Untersuchungen anführend. Schloßmann fragt, ob es kein Irrtum sei, daß 1 g Eiweiß für 1 g Körpergewicht genügen soll. Im Schlußwort betont Siegert, daß seine Zahlen nur Durchschnittswerte sein sollen.

Hutzler (München): **Über Säuglingsmasern.**

Hervorgehoben sei aus den Ausführungen, daß die Brustnahrung die Disposition nicht herabsetzt, daß die Masern im Säuglingsalter wegen ihres rapid tödlichen Verlaufes nicht als harmlose Erkrankung anzusehen sind. Die klinischen Erscheinungen boten nie Besonderheiten, doch will Hutzler eine achttägige Inkubationszeit beobachtet haben.

In der Diskussion betont Tugendreich, daß auf Grund seiner Erfahrungen bei atrophischen Säuglingen die Masern einen besonders leichten Verlauf nehmen.

Uffenheimer (München): **Weitere Studien über die Durchgängigkeit des Magendarmkanals für Bakterien.**

Vortr. gibt die Resultate von Prodigiosusfütterungsversuchen an erwachsenen Kaninchen bekannt, um an ihnen zu zeigen, wie außerordentlich kompliziert und schwer zu beurteilen Bakterienfütterungsexperimente sind, um schließlich eine Technik abzuleiten, die völlig zweifelfreie Resultate gibt. Die Versuche wurden mit einer sehr exakten Methodik vorgenommen; bei der Untersuchung und Verarbeitung der Organe der mit dem Prodigiosus gefütterten Tiere wurden stets ungefähr 100 Kulturen als Ausgangsmaterial aus den verschiedenen Organen angelegt, von diesen wurde dann wieder weiter geimpft, wo es nötig erschien. Es wurde eine lange Beobachtungsfrist nötig gehalten, so daß die Resultate möglichst präzise sein müssen. Es zeigte sich, daß nach trockener Verfütterung des Bazillus derselbe sich regelmäßig in den Lungen nachweisen ließ, auch wenn alle übrigen Organe völlig frei von ihm waren. Da hierdurch der Gedanke an eine Aspiration der Bazillen von der Mundhöhle aus nahegelegt wurde, wurden dieselben als Klysma in physiologischer Kochsalzlösung suspendiert verabreicht, wobei durch Einwickeln der Versuchstiere dafür gesorgt war, daß dieselben den Prodigiosus nicht am Körper verschmieren konnten. Immer auch Luftkontrollen. Auch hier fand sich der Prodigiosus immer in der Lunge. Auch das Vorbinden einer Maulkappe änderte niemals etwas an dem Resultat. Nachdem sich nun durch Untersuchung des Inhalts der verschiedenen Darmabschnitte und des Magens gezeigt hatte, daß der Prodigiosus innerhalb 4 Stunden nach der Verabreichung per rectum den Magendarmkanal, der Peristaltik entgegen, nach oben hin bis zum Magen durchwandert und daß er sich nach dieser Frist oft in ganz außerordentlichen Mengen schon im Magen findet, lag der Gedanke nahe, daß der Bazillus auch weiterhin den Ösophagus hinauf in die Rachenhöhle wandert und daß er dann von hier aus besonders durch die dem Tode der Versuchstiere vorausgehenden tiefen Atemzüge in die Trachea und Lunge aspiriert wird. Es ließ sich dies auch durch eine Anzahl von Experimenten ganz einwandfrei erweisen, speziell bleibt nach der Unterbindung des Ösophagus der Prodigiosus (außer in den pathologischen Fällen, wo er auch in anderen Organen nachweisbar war) ganz regelmäßig aus der Lunge weg. Diese neuen Tatsachen werfen insbesondere ein Licht auf die Untersuchungen von Schloßmann und Engel, welche Tuberkelbazillen durch Laparotomie in den Magen von Meerschweinchen hineinbrachten und sie später in den Lungen dieser Tiere nachweisen konnten, indem sie Lungenteilchen auf neue Meerschweinchen verimpften. Vortr. glaubt, daß die Befunde der genannten Autoren lediglich durch diese, ihnen noch unbekannte Fehlerquelle zu erklären sind und daß somit ihre Experimente den von ihnen angestrebten Beweis nicht erbringen können, daß Tuberkelbazillen auf demselben Wege wie die Nahrung, also auch mit etwa derselben Geschwindigkeit den Darm passieren können.

In der Diskussion bemerken Engel und Schloßmann, daß es bewiesen werden müsse, daß sich Tuberkelbazillen ähnlich verhalten wie Prodigiosusbazillen.

Rietschel zieht zur Analogie die Versuche von Calmette über die Anthrakose herbei. Im Schlußwort meint Uffenheimer, daß gerade die Kohlenversuche nicht verläßlich sind, weil die Anwesenheit von Kohle in der Nahrung sich nicht vermeiden läßt. Er bezweifelt, daß Schloßmann mit der Annahme verschiedenen Verhaltens von Prodigiosus- und Tuberkelbazillen recht hat. Den Experimenten stellen sich große technische Schwierigkeiten entgegen.

Salge (Dresden): **Einige kalorimetrische Untersuchungen betreffend die Resorption bei Säuglingen.**

Der Verf. bezeichnet die berichteten Versuche als eine Vorarbeit seiner Studien über die Atrophie des Säuglings. Sie bezwecken festzustellen, ob und wie weit bei diesem Zustand eine Störung vorhanden ist und zur Erklärung herangezogen werden kann. Zunächst wurden einige gesunde Ammenkinder untersucht, wobei sich ein Verlust von 4—6 % zeigte, so daß also etwa 95 % der eingeführten Energie durch den Darm in den Körper übertreten. Versuche an einem Kind, das bei Frauenmilch gut gedieh, aber stets schlechte grüne, zerfahrene und vermehrte (4—6) Stühle am Tage hatte, lehrten, daß bei diesem Kinde die Resorption durchaus normal war, so daß also aus dem Aussehen des Stuhles nicht auf eine gute oder schlechte Resorption ohne weiteres geschlossen werden kann. Weitere Versuche an Kindern, die unmittelbar vorher schwere akute Darmstörungen durchgemacht hatten, zeigten, daß die Darmfunktion in bezug auf die Resorption völlig ungestört war. Dasselbe zeigte sich auch bei einem atrophischen Kind, das trotz genügender Nahrungszufuhr und guter Resorption während des 3 tägigen Versuchs abnahm. Die Versuche scheinen darauf hinzudeuten, daß wenigstens für Frauenmilch, die hier ausschließlich zur Verwendung gelangte, schwere Darmerkrankungen keine tiefgreifende Störung der Resorptionstätigkeit des Darmes zu hinterlassen brauchen, und daß es deswegen wenig wahrscheinlich ist, daß eine erhebliche Störung und Herabsetzung der Resorption zur Erklärung des eigentümlichen Zustandes, den wir mit Atrophie bezeichnen, heranzogen werden kann, doch sollen bindende Schlüsse erst gezogen werden, wenn das Resultat weiterer Untersuchungen, die jetzt im Gange sind, vorliegen werden.

Sitzung am 17. September 1906.

Vorsitzender zuerst: Fischer, dann Rauchfuß.

Feer (Basel): **Über den Einfluß der Blutsverwandtschaft der Eltern auf die Kinder.**

Eigenartige oder schädliche Folgen, beruhend auf der Blutsverwandtschaft der Eltern an sich, sind nicht erwiesen. Die Eigenschaften und Krankheiten der Nachkommen blutsverwandter Eltern erklären sich aus den sonst gültigen Tatsachen der Vererbung. Einige seltene Krankheitsanlagen, so diejenigen zu Retinitis pigmentosa und angeborener Taubstummheit erlangen mehr wie andere eine gesteigerte Vererbungsintensität, wenn sie sich bei beiden Teilen eines Elternpaares vorfinden. Da nun die Wahrscheinlichkeit, daß die betreffenden Anlagen bei beiden Eltern vorhanden sind, a priori in Verwandtenehen größer ist, als in Nichtverwandtenehen, so begünstigt diese besondere Tendenz der Retinitis pigmentosa und der angeborenen Taubstummheit zu zweigeschlechtlicher Entstehung das Auftreten dieser Krankheiten bei den Kindern blutsverwandter Eltern.

In der Diskussion macht Weinberg u. a. Einwände gegen die Verwertung der Ahnentafeln gegenüber dem Stammbaum. Hamburger fragt bezüglich der Verwandtenehen zwischen Bruder und Schwester bei den alten Ägyptern. Im Schlußwort widerlegt Feer die Einwände Weinbergs insbesondere bezüglich der Definition der Belastung.

F. Hamburger (Wien): **Über Eiweißresorption beim Säugling.**

Vortr. zeigt, daß die Frage der Eiweißresorption überhaupt erst durch die biologische Forschung direkt dem experimentellen Studium zugängig wurde; während es beim Erwachsenen, wie er und andere schon früher gezeigt haben, nie zur Resorption von unverändertem Nahrungseiweiß kommt, findet eine solche, wenn auch in beschränktem Maße, beim natürlich ernährten Säugling in den ersten Lebenstagen statt und kann unter Umständen durch mehrere Wochen nach der Geburt andauern. Ob bei künstlicher Ernährung, also bei Ernährung mit artfremder Milch, Eiweißresorption stattfindet, läßt sich nicht direkt beweisen. Es ist aber nicht unwahrscheinlich; denn artfremdes Blutserum und Eiereiweiß

können vom Neugeborenen in den ersten Tagen freilich nur zum geringsten Teil resorbiert werden. Die resorbierte Menge beträgt nach den Untersuchungen des Vortr. kaum mehr als den tausendsten Teil der eingeführten Menge. Der größte Teil des Eiweißes wird schon in den allerersten Lebenstagen verdaut, und zwar nicht nur bei Ernährung mit artfremder, sondern auch bei Ernährung mit artgleicher Milch.

Langstein (Berlin): **Das Verhalten der Milcheiweißkörper bei der enzymatischen Spaltung.**

Versuche von Zentner über die Einwirkung von Magensaft auf Kasein und Albumin der Milch (Präparate von P. Bergell) ergaben, daß das Kasein schneller abgebaut wird als das Albumin. Auch das Verhalten dieser gegenüber dem Pankreassaft (Bergell), gegenüber dem Erepsin, und die Schnelligkeit der Aufsprengung des Kaseinmoleküls im intermediären Stoffwechsel, beurteilt nach der Kurve der Stickstoffausscheidung, sprechen nicht gegen dessen Schwerverdaulichkeit.

An die Vorträge von Hamburger und Langstein schließt sich eine lebhafte Diskussion, an der sich außer diesen beiden Schloßmann, Uffenheimer und Salge beteiligen. Es handelt sich insbesondere um die Frage, ob das Antitoxin Indikator für Eiweiß ist. Diese Annahme macht Hamburger im Gegensatz zu Uffenheimer, Langstein und Salge. Hamburger wirft Langstein vor, ihn mißverstanden und nicht richtig zitiert zu haben, als er ihm die Behauptung zuschrieb, das arteigene Eiweiß werde vor der Resorption abgebaut. Dem Einwand Hamburgers, man könne koaguliertes Albumin und Kasein nicht vom physiologischen Standpunkte vergleichen, begegnet Langstein im Schlußwort mit der Wiederholung der in seinem Vortrag gebrachten Tatsache, daß diese Versuche als erstes Glied einer großen Reihe notwendig gewesen seien.

Langstein (Berlin): **Die Beurteilung der Fäulnis bei verschiedenartiger Ernährung.**

Nach einer Übersicht über die Bedeutung der Fäulnisprodukte im Harn betont er, auf die Verhältnisse beim Ikterus verweisend, die Notwendigkeit, sämtliche Fäulnisprodukte im Harn nebeneinander zu bestimmen, speziell auch die organischen Säuren. Dieser Aufgabe hat sich Soldin unterzogen; er zeigte, daß die Phenol-, Indikan- wie Ätherschwefelsäurewerte bei Ernährung mit Frauenmilch am kleinsten, mit Kuhmilch am größten sind, Buttermilchernährung ähnliche Verhältnisse zeitige wie die Ernährung an der Brust. Doch schnellen die Werte für die organischen Säuren bei Ernährung mit Buttermilch stark in die Höhe.

Finkelstein (Berlin): **Zur Ätiologie der Ernährungsstörungen im Säuglingsalter.**

Die bisherigen Versuche, klinische Beweise für die Rolle des Kuhmilcheiweißes in der Ätiologie der Ernährungsstörungen der Säuglinge zu geben, sind ergebnislos gewesen. Eine Aussicht, etwas Positives über seine differente Wirkung festzustellen, schien das Studium der Verdauungsleukozytose zu eröffnen. Moro hat deren Auftreten bei erstmaliger Darreichung von Kuhmilch an Brustkinder kennen gelehrt und es für möglich erklärt, daß sie als Wirkung des artfremden Eiweißes anzusehen sei. Die Nachprüfungen haben gezeigt, daß die Leukozytose vorhanden ist, allerdings nur bei einem Bruchteil der Kinder. Indessen ist sie nichts Spezifisches, sondern zwischen Kuhmilch und Frauenmilch bestehen nur quantitative Differenzen. Denn bei geschädigtem Darm erzeugt auch Frauenmilch Leukozytose. Dagegen, daß das Eiweiß immer die Ursache des Phänomens sei, spricht die Feststellung, daß es nur einmal gelang, durch Kasein einen Umschlag zu erzielen. Negativ waren auch die Versuche an solchen Kindern, die auf Kuhmilch reagierten. In einem Falle wurde auch durch Fett eine Leukozytose hervorgerufen. Es kann also die Verdauungsleukozytose nicht als Stütze einer Bedeutung des artfremden Eiweißes dienen. Da auch andere sichere Beweise fehlen, ist es an der Zeit, andere Milchbestandteile für die Nachteile der Kuhmilch verantwortlich zu machen. Untersuchungen über solche — Salze und Molke — sind in Finkelsteins Anstalt begonnen, worüber L. F. Meyer berichten wird.

Ludwig F. Meyer (Berlin): **Beitrag zur Kenntnis der Unterschiede zwischen Frauen- und Kuhmilchernährung.**

Verf. hat sich die Aufgabe gestellt, aufs neue die Frage anzugehen, welcher Bestandteil der Kuhmilch als Ursache der Schwerverdaulichkeit der Milch ange-

sprochen werden muß. Er hat zu diesem Zweck an je drei Kinder zweierlei Nährgemische verabreicht, von denen das eine aus Frauenmilchmolke, Kuhmilchfett und Kuhmilchkasein bestand, während das zweite die Molke der Kuhmilch, Fett und Kasein der Frauenmilch enthielt. Schwierigkeiten bereitete die Labgerinnung der Frauenmilch; erst nach längeren Versuchen fand Verf. mit Hilfe der Anwendung von Kälte und Zufügung ganz geringer Mengen Salzsäure einen sicheren Weg, die Labkoagulation zustande zu bringen. Durch das Resultat der Ernährungsversuche mit beiden Nährgemischen konnte eine Entscheidung erwartet werden in der vielumstrittenen Frage von der Schwerverdaulichkeit des Kuhkaseins. Sämtliche Kinder zeigten bei der Ernährung mit Brustmilchmolke, Kuhmilchfett und Kasein gute und regelmäßige Zunahme; Allgemeinbefinden, Temperatur, Zahl und Aussehen der Stühle unterschieden sich in nichts von den resp. Funktionen bei Ernährung mit Brustmilch. Ganz anders war das Ernährungsresultat beim zweiten Nährgemisch, das Kuhmilchmolke, Frauenmilchfett und Kasein enthielt. In kürzester Frist, schon nach zwei Tagen, zeigten alle so ernährten Kinder Störungen der Ernährung, die beiden kräftigeren Kinder die Symptome der Dyspepsie, häufige grüne dünnflüssige Stuhlentleerungen, erhöhte, stark schwankende Temperatur, Beeinträchtigung des Allgemeinbefindens. Die Gewichtsabnahme betrug in 8 Tagen 130 g in beiden Fällen. Am intensivsten reagierte das dritte untergewichtige Kind. Bei ihm entwickelte sich das typische Bild des Enterokatarrhs bzw. der Intoxikation. Die Temperatur stieg auf 39,3, wässerige, spritzende Stühle, Benommenheit usw. waren vorhanden. Der Gewichtsverlust betrug in 4 Tagen 340 g. Dabei zeigte sich während der Dyspepsie des einen Kindes der typische Kaseinbröckelstuhl der Biedertschen Schule, der dieser das Zeichen gestörter Kuhkaseinverdauung ist; indes trat dieser Stuhl auf bei einer Nahrung, die nur das Kasein der Frauenmilch enthält. Aus dem Versuchsresultat folgert Verf.: Die Unterschiede in der Wirkung zwischen Frauen- und Kuhmilch dürfen nicht mehr in den verschiedenen Kaseinen und deren leichter oder schwerer Verdaulichkeit gesucht werden. Die gute Verdauung und Assimilation des Kuhkaseins spricht ferner gegen die Bedeutung des arteigenen Eiweißes in der Ernährung. Die Hauptdifferenz in der Wirkung beider Milcharten besteht vielmehr in der Verschiedenheit beider Molken, und zwar sowohl in bezug auf ihre Fermente, als auch auf ihre anorganischen Salze oder deren Relation zu den Nährstoffen.

Auf die beiden letzten Vorträge folgt eine äußerst anregende Diskussion. Hamburger fragt, wieviel Fälle bezüglich der Leukozytose untersucht seien und behauptet, daß der dritte Versuch von Meyer nichts beweise. Finkelstein bewertet die Zahl der Untersuchungen mit 30—40, Hamburger meint, daß mit Rücksicht auf den verschiedenen Ausfall der Leukozytoseversuche Schlußfolgerungen kaum zu ziehen seien. Knöpfelmacher zweifelt an der Deutung der Versuche, Pfaundler macht Bedenken gegen die alimentäre Natur der Leukozytose geltend; Keller hält den eingeschlagenen Weg für aussichtsreich, bringt die Gewichtsstürze bei den Versuchen von Meyer mit dem Übergang von salzreicher zu salzarmer Kost in Beziehung; Langstein wendet sich gegen die Deutung der Milchbröckel durch Knöpfelmacher.

Schlußwort: Finkelstein und Meyer betonen zu Hamburger, daß die Versuche nicht abschließend sind, daß sie aber wenigstens beweisen, daß Kuhmilchkasein nicht die schädliche Rolle spielt, die ihm vielfach zugeschrieben wurde, und daß man den Verhältnissen der Molke Beachtung schenken müsse. Knöpfelmacher und Pfaundler entgegnen sie, daß Anhaltspunkte für Infektionen nicht vorhanden sind, während andererseits die alimentäre Natur solcher Schädlichkeiten sich klinisch wohl beweisen läßt.

Moro (Graz): **Natürliche Darmdesinfektion.**

Falls die sogenannten Darmantiseptica im Darm tatsächlich desinfizierend wirken, was bisher noch unbewiesen ist, so erstreckt sich ihr deletärer Einfluß auch auf die normalen Darmbakterien. Deren Lebenskraft ist es aber großenteils zu verdanken, daß die schädigenden Mikroben im Darm überwunden und eliminiert werden. Die Darmantiseptica arbeiten demnach der natürlichen Reparation entgegen. Es liegt nahe, die Entwicklung der normalen Darmbakterien gegebenenfalls zu fördern. Dies kann auf zwei Wegen erreicht werden: Entweder durch die Einfuhr nützlicher Darmbakterien oder durch die Veränderung des Darminhalts zugunsten einer elektiven Entwicklung normaler, im Darm jederzeit vorhandener Bakterienarten. Bei der oralen Einverleibung sind jedoch zum Zweck

einer nennenswerten Desinfektion sehr große Bakterienmengen notwendig. Besser bewährt sich der anale Weg bei infektiösen Prozessen des Dickdarms. Das Bacterium coli hemmt in eminenter Weise das Wachstum von Ruhr- und Typhusbazillen. Im geeigneten Falle ist demnach die Applikation junger Kolikulturen per Klysma angezeigt. Als Vehikel dient mit Vorteil flüssiges Agar, das bei 40° C. erstarrt. Idealer ist der zweite Weg. Dafür gibt uns die Natur ein glänzendes Vorbild. Die Ernährung mit Frauenmilch hat nämlich zur Folge, daß im Darm eine einzige Bakterienart zur rapiden Entwicklung gelangt, der Bacterius bifidus. Seine dominierende Herrschaft verhindert die Ansiedelung und das Aufkommen fremden Mikroben. Nun ist aber diese Art in jedem menschlichen Darm, obgleich zuweilen in verschwindender Zahl vorhanden. Sobald aber in einem Darm, der den Bifidus enthält, Frauenmilch gelangt, so erwacht der Bifidus in kürzester Zeit zu elektivem stürmischen Wachstum; so läßt sich jeder infizierte Darm natürlich desinfizieren.

Sitzung am 18. September 1906.

Vorsitzender: Escherich.

Camerer jun. (Stuttgart): **Untersuchungen über die Ausscheidung des Milchfettes.**

Bei graphischer Darstellung ergibt sich geradliniges Ansteigen des Fettgehaltes der Frauenmilch. Die Ursache ist noch hypothetisch. Vergleicht man den Fettgehalt der Milch verschiedener Frauen, so ergeben sich starke Variationen. Einfluß der Laktationszeit ist nicht mit Sicherheit erwiesen. Von dominierendem Einfluß ist die Individualität. Den Fettgehalt behält die Milch in den verschiedenen Laktationen desselben Individuums bei. Der Einfluß der Rasse ist nicht entschieden. Die Menstruation scheint keinen Einfluß zu haben, ebenso nicht Zugabe von Laktagol. Vermehrte Zufuhr von Fett erhöht nicht wesentlich den Fettgehalt der Frauenmilch, doch lassen sich deutliche Ausschläge erzielen.

In der Diskussion fragt Langstein über die Einwirkung der Zufuhr von Kohlehydraten auf die Fettausscheidung, Reyher fragt nach den getrunkenen Milchmengen, Engel wundert sich über die Ausschläge, die Camerer nach erhöhter Fettzufuhr gesehen hat. Camerer betont nochmals, daß er nur von einer geringen Beeinflussung des Fettgehaltes der Milch durch die Nahrung gesprochen habe.

Hohlfeld (Leipzig): **Über den Fettgehalt des Kolostrums.**

H. weist an der Hand fortlaufender Milchanalysen, die er bei vier Ziegen ausführte, auf den quantitativen Unterschied zwischen dem Fettgehalt des Kolostrums und der reifen Milch hin. Der Fettgehalt der Milch nahm bei allen vier Tieren im Laufe der Laktation ab. Besonders steil war der Abfall, wie die graphische Darstellung vorführte, in den ersten Tagen. Dann sank die Kurve allmählich. Am steilsten war der Abfall bei dem vierten Tiere, wo der Fettgehalt am ersten Tage nicht weniger als 19,18 % betrug gegen 7,98 am zweiten, 6,07 am dritten und 4,46 am 29. Tage. Die spärlichen Analysen des Ziegenkolostrums, die in der Literatur vorliegen, ergaben ähnliche Werte.

In der Diskussion betont Engel die geringen Mengen von Fett im Frauenmilchkolostrum.

Tobler (Heidelberg): **Über Magenverdauung der Milch.**

Die allgemein geltende Auffassung verlegt auch für die Milch das Schwergewicht des Verdauungsvorganges in den Darm und betrachtet den Magen vorwiegend als Behälter, der die nur wenig vorbereitete Nahrung angemessen dosiert an den Darm weiterzugeben hätte. Untersuchung des Mageninhaltes während der Verdauung getöteter Tiere, sowie des nach einer besonderen Methodik aus einer hochsitzenden Duodenalfistel gewonnenen Verdauungsproduktes ergaben vollständig andere Resultate. Danach verläuft die Magenverdauung der Milch folgendermaßen: Nachdem innerhalb weniger Minuten die Labgerinnung eingetreten ist, wird in einer kürzeren ersten Verdauungsperiode die Molke ausgetrieben, während der aus Kasein und Fett bestehende Rest ein ziemlich kompaktes oder breiig gallertartiges Gerinnsel bildet, an dem sich der Verdauungsakt sukzessive vollzieht. Eine Durchmischung dieses Rückstandes mit dem Magensaft findet nicht statt. Vielmehr sieht man nach Verfütterung von mit Lackmusblau gefärbter Milch an Gefrierschnitten durch den abgebundenen Magen, daß der Ballen von der Schleimhautoberfläche her allseitig angedaut wird. Die verflüssigten Massen werden durch die Magenperistaltik rasch schubweise entfernt. Gerinnsel passieren

in der Regel den Pylorus überhaupt nicht. In diesem Verhalten liegt die Erklärung der uns bisher unverständlichen physiologischen Bedeutung des Labprozesses. Er ermöglicht dem Magensaft, dessen Absonderungsmaximum ja entgegen dem Verhalten bei Fleisch- und Brotnahrung erst in die zweite und dritte Stunde fällt, konzentriert auf sein Objekt einzuwirken. Die widersprechenden Resultate, die Ausheberungen des Mageninhalts liefern, erklären sich daraus, daß die Voraussetzung derselben, die gleichmäßige Durchmischung des Mageninhalts, nicht besteht und daß es außerdem, wie sich an Röntgenbildern kontrollieren läßt, fast nie gelingt, den Magen quantitativ auszuhebern oder sogar auszuspülen. Verfüttert man zunächst ein größeres Quantum gefärbter Milch und danach in kurzen Pausen während einer Reihe von Stunden kleine ungefärbte Portionen, so findet man die erstgereichte Portion von der Magenwand abgedrängt und von den späteren Portionen schichtweise umgeben; so gelangt die letztverabfolgte Menge zuerst zur Verarbeitung, während sich in der älteren Nahrung Zersetzungsvorgänge abspielen können.

Schaps (Berlin): **Über Salz- und Zuckerinfusion beim Säugling.**

Vortr. macht durch Temperaturkurven wahrscheinlich, daß die Anwesenheit von Kohlehydraten, bzw. Zucker in der Nahrung imstande ist, Fieberreaktionen mit unregelmäßig remittierendem Gang hervorzurufen. Zuckerinfusionen sollten diese Deutung verifizieren. In der Tat waren sie imstande, Fiebersteigerungen auszulösen von einer Eigentümlichkeit, die sehr an einen Immunisierungsvorgang erinnert. Analog verhielten sich die Infusionen von Kochsalzlösung. Aus diesen wie anderen Gründen ist Vortr. der Meinung, daß die Reaktionen auf Zuckerinfusion als Salzwirkung anzusehen sind.

In der Diskussion fragt v. Pirquet (Wien) nach den infundierten Salzmengen und betont, daß die Fieberbewegungen bei Kochsalzinfusionen schwer verständlich seien. Langstein fragt nach den Ausscheidungsverhältnissen der injizierten Zucker, Finkelstein kommt im Schluß nochmals auf die Bedeutung und Veranlassung vorliegender Versuche zurück.

Knöpfelmacher (Wien): **Versuche über subkutane Injektion von Vakzine.**

Vortr. hat an 17 Kindern Immunisierungsversuche mittels subkutaner Injektion von stark verdünnter Lymphe (1 : 1000 physiologische Kochsalzlösung), und zwar in der Menge von 1 : 2 ccm gemacht. Am 13. Tag oder noch später wurde in allen Fällen eine Hautimpfung an drei Impfstellen mittels Skarifikation am Oberarm angeschlossen. Hierbei hat sich gezeigt, daß diese ergebnislos blieb. Vortr. macht auf die praktische Bedeutung aufmerksam.

Bernheim-Karrer (Zürich): **Hirschsprungsche Krankheit.**

Trotz der vom 23. Lebenstage an in einem Fall konsequent durchgeführten Drainage des Darmes und dadurch erzielten Verhinderung von Meteorismus wurden bei der Sektion des im Alter von $2^1/_4$ Jahren verstorbenen Kindes nur das typische Megalokolon gefunden. Die Erweiterung begann vor dem Rektum; eine nennenswerte Hypertrophie der Muskulatur fand sich nicht. Es muß sich hier demnach um primäre Erweiterung des Dickdarms gehandelt haben.

Rommel (München): **Dauerwägungen von Säuglingen** (in Gemeinschaft mit Dr. Hamel).

Die Kinder wurden unter Beobachtung ihrer Eigentemperaturen, der Zimmertemperatur und relativen Luftfeuchtigkeit während 3—6 Tagen auf der Wage beobachtet. Dabei wurde das Verhalten der Kinder genau registriert (Wachen, Schlaf, Unruhe, Schreien), ebenso wurden die Nahrungsaufnahme, die flüssigen und festen Entleerungen bestimmt und in Rechnung gesetzt. Die Untersuchungen, welche darauf hinzielten, mittels der Wage einen Einblick in den Kraftwechsel des Säuglings zu gewinnen, unter besonderer Berücksichtigung der Perspiratio insensibilis, führten zu den Ergebnissen, daß diese abhängig ist: vom Alter und der Individualität der Kinder und ihrem jeweiligen Zustand. (So wird sie verstärkt durch Unruhe und Geschrei, verringert durch Schlaf und Ruhe.) Ferner ist sie abhängig von der Ernährung, am geringsten ist sie an der Brust, am größten bei künstlicher Ernährung und speziell bei eiweißreicher Kost, was im Sinne Rubners als sekundärer Wärmezuwachs bei abundanter Eiweißfütterung zu deuten ist. Am größten scheint sie unmittelbar nach der Nahrungsaufnahme. Ferner ist sie abhängig von der Umgebungstemperatur und der relativen Luftfeuchtigkeit, was insbesondere für frühgeborene und atrophische Kinder von Bedeutung sein dürfte; sie wird erhöht durch das Bad. Der Autor demonstriert seine Darstellung graphisch.

Selter (Solingen) teilt die **Analyse** von großen **Milchbröckeln** mit, die auf Trockensubstanz berechnet, 25% Fett, 50% Eiweiß und 20% Salze enthielten. Er hält demnach daran fest, daß die Kuhmilch an der Bildung von Milchbröckeln nicht in allen Fällen unbeteiligt sein könne.

In der Diskussion betont Langstein die Zwecklosigkeit der Analysen, und die Unmöglichkeit, Schlüsse aus ihnen zu ziehen. Söldner macht einen methodischen Einwand, Tobler glaubt nicht, daß Kaseinbrocken in den Darm übergehen.

IV. Therapeutische Notizen.

Pyrenol wendet Dr. E. Toff (Braila) mit bestem Erfolge bei Kindern an, die an entzündlichen Affektionen des Respirationstraktus leiden. Er kombiniert es hier gern auch mit Kreosotal.[1] Die Kinder nehmen in 24 Stunden vom Pyrenol 0.5—1 g in Lösung (stündlich 1 Kaffeelöffel), und es zeigt sich bald eine Erleichterung der quälenden Symptome. (Mediz. Klinik. 1906. Nr. 35.)

Hefetherapie der Gastroenteritis im Kindesalter empfiehlt Dr. P. Sittler (Universitätspoliklin. f. innere und Kinderkrankheiten in Straßburg). Derselbe benutzte drei verschiedene Hefepräparate: Levurinose, Levure Adrian (beide in Pulvern zu 1 g) und Levuretin (in Tabletten von 0,5 g). Das letztere Präparat schien sich am besten zu bewähren (3—4—5 Tabletten pro die, je nach dem Alter); von den beiden andern wurden 1—2—3 g pro die verabreicht. Die Präparate wurden fast immer anstandslos genommen und gut vertragen. Die meisten Patienten befanden sich im 1. Lebensjahr, das jüngste (mit Erfolg) behandelte Kind war 2 Wochen alt. Das Hefepräparat wurde den (natürlich auch diätetisch behandelten) Kindern fein verrührt in abgekühltem, gesüßtem Tee (oder Zuckerwasser) gegeben. Auffallend war der Erfolg bei den mit starker Fäulnis des Darminhaltes einhergehenden Enteritiden; der schlechte Geruch der Stühle besserte sich fast immer gleichzeitig mit einer Verminderung der Zahl derselben. Aber auch die anderen Enteritiden reagierten meist gut auf Hefe. Bei Gastroenteritis hörte das Brechen prompt auf. In einigen Fällen wurde die Enteritis bzw. Gastroenteritis durch Hefe allein zur Heilung gebracht; darunter befanden sich schwere Fälle, die weder auf Calomel, noch auf Wismut, Tannalbin, Darmspülungen usw. reagiert hatten. Später wurden manchmal Hefepräparate daneben gegeben, und diese Kombination hatte Erfolg. Besonders bei hartnäckigen Fällen, aber auch bei leichteren, ist ein Versuch mit Hefe durchaus angezeigt.

(Münchn. med. Wochenschrift. 1906. Nr. 36.)

Beiträge zur Therapie der Helminthiasis. In einer so betitelten Arbeit empfiehlt Bergarzt Dr. H. Goldman (Brennberg) warm das Taeniol der Firma Krewel & Co., das in drei Stärken in den Handel kommt, und zwar für Erwachsene und Kinder über 10 Jahre in Gelatinekapseln, für kleine Kinder in Schokoladepastillen. In vielen hundert Fällen von Ankylostomiasis hat es sich G. bestens bewährt, und ebenso bei Ascaris und Oxyuris. G. verfügt über Fälle, bei denen er mit einer einzigen Taeniolkur eine heftige Ascaridiasis heilen konnte, die jahrelang allen möglichen Mitteln hartnäckig widerstand; allerdings müssen eventuell solche Kuren wiederholt werden. Von Taenien hat G. 6 Fälle mit Taeniol behandelt; 5 mal ging die Taenie nach einer Kur ab, 1 mal erst nach der Wiederholung. Gute Entleerung des Darmes ist auch bei dieser Kur Erfordernis; es wird von der Firma jeder Taenioldosis eine Anzahl von sicher purgierenden Mitteln mitgegeben, von denen ein Teil vor der Kur, ein Teil nachher zu nehmen ist. Da Taeniol ungiftig ist, braucht man nicht auf seine rasche Eliminierung zu sehen, im Gegenteil ist es besser, das Mittel länger einwirken zu lassen, d. h. das Abführmittel erst 1—2 Stunden nach der letzten Taeniolkur anzuwenden. Die sogenannte Vorkur kann wegbleiben.

(Wiener klin. Wochenschrift. 1906. Nr. 36.)

[1] Vgl. dieses Blatt 1904 Nr. 10.

Diätetische Beobachtungen an Lungenkranken veröffentlichen Dr. W. v. Stoutz und Dr. H. Ulrici (Görbersdorf). Odda hat sich bekanntlich als Kindernährmittel infolge seiner Zusammensetzung aus den wichtigsten Gruppen der Nahrungsstoffe, der Qualität der Komponenten und der Schmackhaftigkeit bestens bewährt. Die Verff. benutzten nun zur Ernährung ihrer (erwachsenen) Phthisiker Odda M-R. (für Magenkranke und Rekonvaleszenten), welches Präparat sich von dem Kindernährmittel durch den größeren Gehalt an Eiweiß und Fetten unterscheidet. Es enthält: Eiweiß 16,56 %, Fett 8,03 %, Kohlehydrate 68,14 %, Mineralstoffe 2,87 % (darin Kalk 0,44 % und Phosphorsäure 0,82 %), Wasser 4,4 %. Es wurde den Patienten Oddasuppe (20 g Odda auf 1 Tasse = 250 g Milch) gegeben, und da der Brennwert von 1 g Odda = 4,3 Kalorien, von 1 g Milch = 0,67 Kalorie ist, repräsentiert 1 Tasse der Suppe etwa 250 Kalorien. Die Suppe bewährte sich sehr gut bei den Phthisen, unter denen recht schwere Fälle waren; in einer Anzahl von Fällen trat die Gewichtszunahme sogar recht auffallend in Erscheinung. Auch bei fieberhaften Fällen und solchen mit schweren Blutungen schöne Erfolge! Odda wirkt etwas verstopfend, was bei subakuten und chronischen Darmkatarrhen recht vorteilhaft war. Will man diese Wirkung nicht, so kann man sie durch Zugabe von Milchzucker oder Somatose aufheben. Oddasuppe wurde auch längere Zeit hindurch gern genommen. Der Preis ist mäßig (400 g = 1,80 Mk.).

(Deutsche med. Wochenschrift. 1906. Nr. 37.)

Beitrag zur Gelatinebehandlung der Melaena neonatorum. Dr. M. Neu (Univers.-Frauenklinik Heidelberg) nennt Gelatine ein fast typisches Mittel bei der Therapie dieser Affektion. Sie wird in Mengen von 10—20 cm^3 (10 %ige Lösung) am besten in einen der Oberschenkel injiziert, und zwar so frühzeitig als möglich, d. h. nach den ersten sicheren Anzeichen des Leidens. Der Praktiker benutzt am besten die Mercksche 10 %ige „Gelatina sterilisata pro injectione“.

(Mediz. Klinik. 1906. Nr. 41.)

Zur Keuchhustenbehandlung schreibt Sanitätsrat Dr. Körner in Trebnitz (Schlesien): „Ein an Keuchhusten leidendes ca. 7 Jahre altes Kind erkrankte an Diphtherie und Larynxstenose, so daß die Tracheotomie ausgeführt werden mußte. Nach dem Luftröhrenschnitt sistierten sofort die Stickhustenanfälle, und es blieb nur übrig, die noch bestehende Bronchitis zu behandeln, welche unter der bei tracheotomierten Kindern üblichen und notwendigen Anwendung von Wasserdämpfen zugleich mit den entzündlichen Erscheinungen im Larynx und in der Trachea sich zurückbildete. Dieser eine Fall, welcher mir den Nutzen der Tracheotomie bei Keuchhusten deutlich vor Augen führte, dürfte ein Fingerzeig sein, bei schweren Fällen von Tussis convulsiva, die durch besonders hochgradigen Spasmus glottidis, Cyanose oder eklamptische Zufälle kompliziert sind, durch den Luftröhrenschnitt lebensrettend und kupierend einzugreifen. Zur Verflüssigung der zähen Sekrete müßte ebenso wie nach Tracheotomie bei kruppöser bzw. diphtheritischer Larynxstenose neben Expektorantien permanente Anwendung von Wasserdämpfen stattfinden.“ (Therap. Monatshefte, Sept. 1906.)

Zur Behandlung der Angina lacunaris hat Dr. K. Gerson (Schlachtensee) im vorigen Jahr zwecks Entleerung der tonsillären Lakunen ihre Sondierung mittels der Hohlsonde empfohlen. Man setzt die Sonde mit nach oben gerichteter Hohlrinne auf einen weißen Punkt der Tonsille und schiebt die Sonde langsam in den lakunären Gang vor; sie drängt so den Lakuneninhalt, zumal bei Zuhilfenahme leicht rotierender Bewegungen, heraus, den man in der Hohlrinne auffängt. Nun hat es sich gezeigt, daß die Lakunen sich mit der Zeit wieder füllen. Um dies zu vermeiden, braucht man bloß nach Entleerung der Lakunen in diese mittels der Hohlsonde eine Ätzflüssigkeit hineinzubringen, am einfachsten, indem man zunächst die desinfizierte Hohlsonde in Acid. carbolic. liquef. taucht, sie dann in die Lakune einführt und an ihrem äußeren Rande ein wenig hebt; die Ätzflüssigkeit läuft dann in den Lakunengang und verätzt dessen Wände, vernichtet dabei auch die in der Lakune enthaltenen Bakterien, so auch die nicht selten daselbst weilenden Diphtheriebazillen. Durch das Verfahren dürfte manche Ansteckung verhütet werden, nicht nur mit Diphtherie, sondern auch mit anderen Infektionskrankheiten, deren Träger in den Tonsillen festsitzen. Für das Verfahren kommen freilich nur solche Tonsillen in Betracht, auf deren Oberfläche weiße Punkte das Vorhandensein von lakunären Pfröpfen verraten; diese sind also, auch beim

Fehlen akuter Tonsillitis, in jedem Falle schon aus prophylaktischen Gründen zu entfernen. Man wiederholt die Ätzung am folgenden Tage, wodurch auch die Verödung der Lakunen und damit eine Verkleinerung der Tonsillen selbst bewirkt wird. Zur Ätzung hat sich Acid. carbolic. liquef. besonders bewährt; man kann aber auch Argentumlösung, Acid. nitric. dil., Acid. sulfur. dil. und dergl. benutzen. (Mediz. Klinik. 1906. Nr. 39.)

Ein neues Couveusenmodell für die Behandlung frühgeborener und debiler Kinder empfiehlt Dr. O. Rommel (München). Das neue Modell erfüllt folgende Forderungen: 1. Einfachheit und Sicherheit im Betriebe; 2. Sterilisierbarkeit; 3. genügende Helligkeit, Ventilation und Luftfeuchtigkeit; 4. genaue Einstellung der Temperatur bzw. Dosierbarkeit der Wärmezufuhr. Es hat sich im Münchener „Säuglingsheim“ zur vollsten Zufriedenheit bewährt. Hersteller: C. Stiefenhofer in München. (Münchn. med. Wochenschrift. 1906. Nr. 38.)

V. Monats-Chronik.

Im Verlag von Otto Tobias in Hannover erscheint unter dem Titel „**Das Kind**“ eine neue Monatsschrift für Kinderpflege, Jugenderziehung und Frauenwohl. Dieselbe wird unter Mitwirkung von Ärzten, Pädagogen und Frauen von Dr. Eugen Neter, Kinderarzt in Mannheim, herausgegeben und kostet ganzjährig 3,50 Mk.

Ludwigshafen. Für die Volksschulen werden **Schulärzte** angestellt.

Wilmersdorf. Ein **Säuglingsheim** für 20 Kinder ist eröffnet.

Urach. Med.-Rat Dr. Camerer ist zum Ehrenmitglied der Gesellschaft für Kinderheilkunde ernannt.

Solingen. Für das **Walderholungsheim** und die **Waldschule** für schwächliche Kinder stifteten die Gebrüder Coppel 40000 Mk.

Augsburg. Die städtische **Schulverwaltung** verabfolgt an die Eltern der in Volksschulen aufzunehmenden Kinder Fragebogen, um Auskunft über etwaige von den Kindern überstandene Krankheiten, Unfälle und sonstige körperliche, sowie auch geistige Gebrechen zu erlangen. Diese Angaben, die streng vertraulich behandelt werden, sollen im erzieherischen Interesse dem Lehrer die Möglichkeit gewähren, auf die etwaigen Fehler und Mängel der Kinder Rücksicht zu nehmen, damit ungerechte Anforderungen und Bestrafungen vermieden werden.

München. Die vom Magistrat genehmigte **Dienstanweisung für Schulärzte** erfordert 1. die Untersuchung des Gesundheitszustandes der Kinder; 2. die Abgabe von Gutachten und Vorschlägen für die zu treffenden Maßnahmen; 3. die Überwachung der gesundheitlichen Verhältnisse der Klassenzimmer, Schulgebäude und Einrichtungen von Hilfsschulen, Kindergärten, Kinderhorten und privaten Unternehmungen für Erziehung und Unterricht, soweit diese dem Stadtmagistrate unterstellt sind; 4. die Erledigung der sonst vom Magistrat bzw. der Lokalschulkommission im Benehmen mit dem k. Bezirksarzte zugewiesenen Aufgaben.

Heidelberg. Der verstorbene Prof. Vierordt hat der von ihm geleiteten Kinderklinik 3000 Mk. für Freiplätze sowie den größten Teil seiner Bibliothek vermacht.

Wien. Die neuerrichtete Dozentur für Schulhygiene ist dem Privatdozent Dr. phil. Burgerstein übertragen.

Graz. Dr. Langner, Privatdozent an der deutschen Universität in Prag, ist zum a. o. Professor für Kinderheilkunde ernannt.

Buenos-Aires. Gestorben: Dr. Blancas, Prof. für Pädiatrie.



Namenverzeichnis des XI. Jahrganges.

Sachverzeichnis des XI. Jahrganges.



Verantwortlicher Redakteur: Dr. Eugen Grätzer in Friedenau-Berlin. — Verlag von Johann Ambrosius Barth in Leipzig. — Druck von Metzger & Wittig in Leipzig.

CENTRALBLATT

FÜR

KINDERHEILKUNDE.

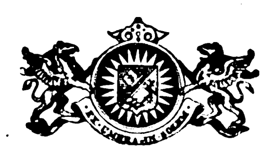
EINE MONATSSCHRIFT FÜR PRAKTISCHE ÄRZTE.

HERAUSGEGEBEN

VON

DR. MED. EUGEN GRAETZER.
PRAKT. ARZT IN FRIEDENAU-BERLIN.

12. JAHRGANG 1907.



LEIPZIG,
VERLAG VON JOHANN AMBROSIUS BARTH
1907.

Druck von Metzger & Wittig in Leipzig.

Inhaltsverzeichnis des XII. Jahrganges.

Originalien.

Referate.

Aus Vereinen und Versammlungen.

Neue Bücher.

Neue Dissertationen.

Therapeutische Notizen.

Monatschronik.

Centralblatt für Kinderheilkunde.

Eine Monatsschrift für praktische Ärzte.

XII. Jahrgang. 1. Januar 1907. No. 1.

I. Originalbeiträge.

Aus dem Gisela-Kinderspital München.

Katalepsie bei kleinen Kindern.

Von

Privatdozent Dr. **Hecker**.

Unter Katalepsie oder kataleptischer Starre begreifen wir einen Zustand von Muskelstarre, bei welchem die Extremitäten jede ihnen passiv gegebene Stellung längere Zeit beibehalten. Die Muskeln bieten einen gewissen nachgiebigen Widerstand dar, sie lassen sich biegen, ungefähr als ob sie Wachs wären („Flexibilitas cerea"); sie zeigen einen mittleren Grad von Tonus, eben jenen Grad, der notwendig ist, um die gegebene Stellung festzuhalten. Es gelingt dabei oft, durchaus unnatürliche, bizarre und sehr unbequeme Stellungen zu erzielen. Die Fixierung der passiv gestellten Gliedmaßen dauert, wenn nicht Stunden, so doch viel länger an, als dies im normalen Zustande wegen der Einwirkung von Ermüdungsempfindungen geschehen würde. Sinkt das Glied allmählich zurück, dann bietet es nachher eine gewisse starre Unbeweglichkeit, meist in Extensionsstellung.

Das Bewußtsein ist in der Regel nicht aufgehoben, doch ist meist unverkennbar eine gewisse psychische Hemmung, eine Art Traumzustand mit erhaltener Erinnerungsfähigkeit. Dieses Erhaltenbleiben des Bewußtseins ist nach O. Binswanger[1]) geradezu ausschlaggebend für die unvermischte Form der Katalepsie.

Bei Erwachsenen und älteren Kindern sind derartige Erscheinungen wohl bekannt. Ich erinnere an die Fälle von Landau[2]) und von Oswald Meyer[3]) bei einem 11- und 8jährigen Mädchen. Sie befallen das Individuum sehr häufig ganz plötzlich in Form einer Attacke, und zwar gar nicht selten in direktem Anschluß an einen Affekt, einen Schreck usw.

Sehr selten dagegen scheint die echte Katalepsie bei kleineren Kindern zu sein. Der Fall, den ich im folgenden wiedergebe, ist der erste, den ich zu beobachten Gelegenheit hatte. Auch die fast absolute Sterilität der Literatur über diese Affektion beweist ihre große

---

[1]) Die Hysterie. Wien 1904.
[2]) Wiener Med. Presse. 1894. 35 u. 36.
[3]) Jahrbuch für Kinderheilkunde 62, 2.



Seltenheit. v. Strümpell[1]) erwähnt „beiläufig", daß man zuweilen bei kleineren Kindern von etwa 1—2 Jahren, die an irgendwelchen Affektionen leiden, eine ziemlich ausgesprochene Katalepsie beobachten kann, welche wohl hauptsächlich mit einer gewissen Benommenheit oder manchmal mit einem durch eine fremde Umgebung hervorgerufenen, gleichsam hypnotischen Zustand zusammenhängt. Henoch[2]) erwähnt im Kapitel „Hysterie" unter den Fällen, bei welchen psychische Symptome prävalieren, Zustände, die er mit dem Namen „Katalepsie" belegt. Da hierbei aber nur von einem kurz dauernden Verlust des Bewußtseins mit starrem Blick oder von halb bewußten traumartigen Zuständen die Rede ist, von welchen die Kinder ganz unvermutet befallen werden, um nach wenigen Minuten wieder erinnerungslos in völliges Wohlbefinden zurückzukehren, so liegt der Gedanke wohl mehr als nahe, daß es sich hier um epileptoide Anfälle oder Dämmerzustände, nicht aber um Katalepsie gehandelt hat. Nur ausnahmsweise fand Henoch jene Steigerung des Muskeltonus, welche als „wachsartige Biegsamkeit der Glieder" bekannt ist.

Der einzige Autor, von dem meines Wissens zuverlässige Beobachtungen bei kleinen Kindern vorliegen, ist A. Epstein.[3]) Er berichtet aus seinem großen Material der Prager Findelanstalt von sieben selbst beobachteten Fällen im Alter von 18 Monaten bis 3 1/2 Jahren; alle waren in schlechtem Ernährungs- und Entwicklungszustand, die meisten kränkelten oder hatten eine schwere Krankheit überstanden. Die kataleptische Starre war durchschnittlich an den unteren Extremitäten deutlicher, als an den oberen; die durch Faradisation erhaltenen Stellungsänderungen wurden nach Aufhören des elektrischen Reizes beibehalten, Sensibilität und Schmerzempfindung waren herabgesetzt bzw. verlangsamt.

Sämtliche Kinder zeigten eine gewisse geistige Zurückgebliebenheit und eine Art psychischer Depression, waren jedoch durchaus nicht idiotische, sondern nur ungewöhnlich ruhige, teilnahms- und willenlose, geistig trägere Kinder, die oft stundenlang apatisch in ihren Bettchen lagen. Sämtliche Kinder zeigten ferner die Symptome hochgradiger und florider Rachitis.

Bezüglich der Ätiologie dieser Fälle hält Epstein den Zusammenhang mit Rachitis anolog der Spasmophilie für möglich, will aber die Frage noch offen lassen. Hysterie kommt seines Erachtens ebenso wie ein hypnotischer Zustand oder suggestive Beeinflussung nicht in Betracht.

Die Krankengeschichte meines Falles ist auszugsweise folgende:

Anamnese: 3 1/2 jähriger Knabe, jüngstes Kind gesunder Eltern, zwei vorangegangene Frühgeburten, fünf Geschwister leben. Kind kam ausgetragen durch normale Geburt zur Welt. Flaschenkind. Bekommt seit längerer Zeit „alles zu essen". Gute häusliche Verhältnisse, Villa mit Garten.

Bis vor einem Jahr immer gesund, dann „rote Flecke" (Masern?!), woran vier Geschwister zugleich erkrankten, daran anschließend schwere Lungenentzündung. Seitdem kränkelt das Kind, und zwar leidet es an immer wiederkehrenden Durchfällen. Dabei wird der Leib mehr und mehr aufgetrieben, das Aussehen

---

[1]) Spezielle Pathol. u. Therap. 5. Aufl.

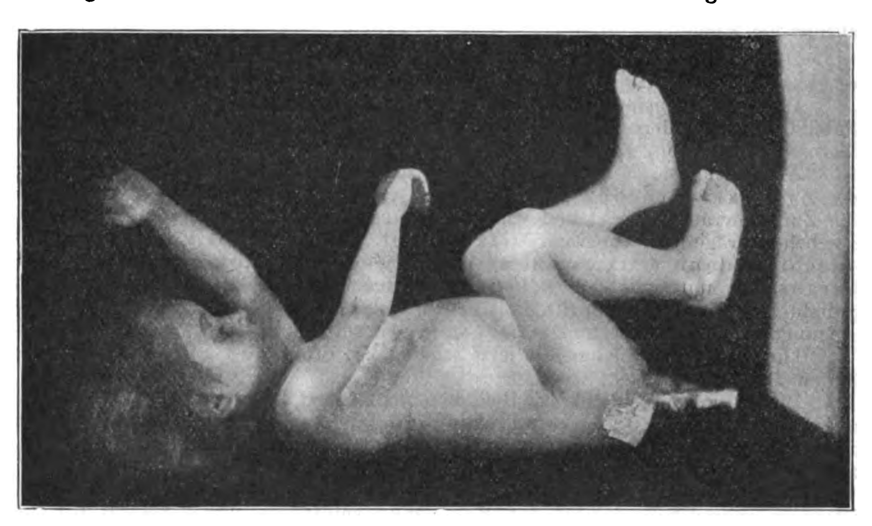
[2]) Vorlesungen über Kinderkrankheiten. 11. Aufl. 1903.

[3]) Über katalept. Erscheinungen bei rachitischen Kindern. Verh. d. Gesellschaft f. Kinderheilk. Frankfurt 1896.

immer blässer. Seit etwa einem Jahre hat das Kind die Gewohnheit, häufig während des Schlafes den Kopf hin und her zu drehen.

Die Untersuchung ergibt am 16. September ein schwächliches, ziemlich abgemagertes Kind von sehr blasser Hautfarbe. Der Knabe schreit während der Untersuchung und auch in der übrigen Zeit fast ununterbrochen laut und eintönig vor sich hin, liegt aber im übrigen bewegungs- und teilnahmslos in seinem Bett. Er macht einen etwas benommenen Eindruck, wenngleich er laut gegebenen Aufforderungen (z. B. die Hand zu geben) langsam nachkommt.

Häufig wirft er minutenlang den Kopf hin und her, wobei er dann zuweilen besonders laut schreit. Nystagmus ist nicht vorhanden, vielmehr stehen die Augen meist direkt frontalwärts oder auch direkt nach unten gerichtet.



Ausgesprochene Rachitis ist nicht zu konstatieren, jedenfalls keine floride. Der Schädel hinten stark abgeflacht, der Thorax etwas flach, die Knochen aber überall hart ohne Verbiegungen und Auftreibungen.

Halsdrüsen und Supraclaviculardrüsen leicht vergrößert.

Herz zeigt normale Dämpfungsgrenzen, reine Töne.

Lungen frei.

Auf dem oberen Sternum deutliche Dämpfung, die besonders nach rechts das Brustbein überragt.

Abdomen stark aufgetrieben, Haut gespannt und dünn. Keine freie Flüssigkeit nachzuweisen. Colon transversum und Dünndarmschlingen treten deutlich vor.

Leber und Milz leicht vergrößert.

Urin: Eiweiß 0, Zucker 0, Indican +.

Der Knabe verweigert jegliche Nahrungsaufnahme.

Ein in der folgenden Nacht eintretender Kollaps mit Sinken der Temperatur auf 34° und des sehr unregelmäßigen Pulses auf 60 wird durch warme Applikationen und Kampferinjektionen behoben.

17. September: Durch Einlauf wird reichlicher, brauner, zum Teil geformter, stinkender Stuhl entleert.

Der Knabe nimmt heute Milchgries und Pflaumenmus sehr gerne an. Bleibt im übrigen apatisch, schreit viel in der eintönigen starren Weise und wirft häufig den Kopf hin und her. Eine vorgenommene Röntgendurchleuchtung ergibt keinen Anhaltspunkt für eine Vergrößerung oder Verkäsung von Mesenterialdrüsen; dagegen zeigt sich über dem Manubrium sterni ein nicht sehr intensiver Schatten, der seiner Lage nach auf eine vergrößerte Thymus bezogen werden muß. Nahrung wird abends wieder verweigert.

18. September: Verhalten des Kindes noch unverändert, andauernde miß-

mutige und unnahbare Stimmung; unbewegliches, teilnahmsloses Daliegen, starrer Blick, dazwischen wieder heftiges Herumwerfen des Kopfes.

Deutliche Zeichen kataleptischer Starre: Jede Stellung, die man den Extremitäten gibt, ja überhaupt jede Lage, in die man den Körper bringt, wird lange Zeit unveränderlich festgehalten. Die Erscheinung ist an den oberen Extremitäten in gleicher Weise ausgesprochen, wie an den unteren; jede Drehung des Kopfes wird fixiert. Die Muskeln sind dabei von einer gewissen festweichen Konsistenz und bei passiven Bewegungen fühlt man einen eigentümlichen weichen Widerstand. Entfernt man sich von dem Kinde, so werden die künstlich erzeugten Stellungen lang (jedenfalls 5—10 Min. lang) beibehalten, bis dann die Gliedmaßen langsam absinken. Die Arme liegen alsdann ruhig neben dem Rumpf, die Finger in halber Beugestellung, die unteren Extremitäten sind vollkommen gestreckt, adduziert, die Füße stark volarflektiert, ebenso die Zehen.

Die Sensibilität ist erhalten, aber deutlich verlangsamt, auf Nadelstiche reagiert das Kind verspätet und mit einer trägen Fluchtbewegung.

Die Pupillen sind gleich weit und reagieren auf Lichteinfall sehr träge. Patellarreflexe beiderseits erhalten. Mechanische Muskelerregbarkeit nicht erhöht. Chvostek und Trousseau negativ.

Auffallend ist, daß nach strikte gegebenen Befehlen das Bein oder der Arm aktiv erhoben bzw. das passiv erhobene Glied aktiv gesenkt, ebenso die Zunge herausgestreckt und wieder eingezogen wird. Alle diese Bewegungen geschehen träge und langsam. Glaubt sich das Kind vollkommen unbeobachtet, dann tritt es aus seiner Bewegungslosigkeit und Apathie heraus und unterhält sich mit seinem Bettnachbarn, spielt auch gelegentlich. Sobald aber jemand herantritt, läßt es Kopf und Körper wieder sinken, sieht bewegungslos vor sich hin und verfällt in seinen starren Zustand.

Die Nahrungsaufnahme ist jetzt regelmäßig, Stuhl wird nur auf Einlauf erhalten.

In dieser Weise bleibt das Befinden unverändert, bis vom 21. September ab sich eine Besserung des psychischen Zustandes geltend macht, die bis zum Schlusse des Spitalaufenthaltes anhält. Das Kind ist andauernd vergnügt, zutraulich, hat guten Appetit.

22. September: Der kataleptische Zustand besteht fort. Das Kind ist sehr suggestibel, schläft auf Kommando sofort ein usw. Die Wackelbewegungen des Kopfes werden seltener und weniger ausgiebig ausgeführt.

29. September: Seit mehreren Tagen kein Hin- und Herwerfen des Kopfes mehr. Der kataleptische Zustand zeigt deutliche Besserung insofern, als die passiv gestellten Glieder nur mehr ganz kurz die gegebene Stellung beibehalten.

12. Oktober: Allgemeinbefinden sehr gut. Stuhl regelmäßig, Leib noch aufgetrieben. Ein eigentlich kataleptischer Zustand nicht mehr zu konstatieren. Die passiv emporgehobenen Extremitäten werden noch ganz kurz in der gegebenen Stellung gehalten, fallen aber dann, wenn auch noch etwas träge, in die Ruhelage zurück.

15. Oktober: Nachdem es durch zweckentsprechende vegetarische Diät, warme Applikationen, Umschläge usw. gelungen war, regelmäßig spontanen Stuhl zu erzielen und nachdem auch keine nervösen Störungen mehr vorhanden sind, wird das Kind entlassen. Der Allgemeinzustand ist allerdings noch immer nicht glänzend. Das Kind ist blaß und hat nach wie vor seinen tympanitisch aufgetriebenen Leib.

Herr Kollege Dr. Th. Ziegler in Ulm, welcher seinerzeit das Kind dem Spital überwiesen hatte, gibt mir am 10. November in liebenswürdigster Weise noch einmal Bericht über das Kind.

Danach konnten zu dieser Zeit kataleptische Erscheinungen nicht mehr konstatiert werden. Wurde unvermutet also z. B. während des Auskultierens ein Arm gehoben oder ein Bein in eine andere Stellung gebracht, so wurde prompt die ursprüngliche Lage wieder hergestellt; erst nachdem diese Versuche einige Male wiederholt wurden, wurden die Extremitäten in der neuen Stellung gelassen oder doch diese zu halten versucht, stets aber nur einige Augenblicke. Das Befinden des Kindes im übrigen sei ein gutes, insbesondere habe es keine Durchfälle und keine Verstopfung mehr.

Wir haben es mit einem Kind zu tun, das wegen einer chronischen Darmstörung aufgenommen wird und bei dem sich als Nebenbefund Spasmus nutans und echte Katalepsie ergibt. Über die Natur der Darmstörung konnte keine Klarheit erzielt werden, da außer der Tympanie kein Zeichen einer organischen Erkrankung konstatiert wurde. Als wahrscheinlich wurde chronische Peritonitis non tuberculosa angenommen. Die Nickkrämpfe müssen, trotzdem Nystagmus fehlte, doch in Hinblick auf die ganze Art ihres Auftretens und auf die mehrfach beobachtete Zwangsblickrichtung als Spasmus nutans bezeichnet werden.

Die Katalepsie wies alle eingangs beschriebenen Attribute auf. Nur sie interessiert uns hier. Die Affektion ist in erster Linie eine Lähmung des Willens. Das Kind ist nicht imstande, durch einen gewöhnlichen Willensimpuls seinen Gliedern eine andere Lage als die ihnen passiv gegebene zu verleihen. Es fehlt keinesfalls die Fähigkeit, irgendeine dazu nötige Bewegung wirklich auszuführen; es mangelt nur der Wille. Erfährt dieser eine Stärkung durch eine dahingehende Verbalsuggestion, eine laute Aufforderung, dann bringt das Kind sehr wohl sein Beinchen oder Ärmchen, wenn auch zögernd, aktiv in die Ruhelage zurück.

Es ist ein deutlich psychogener Vorgang, der sich hier abspielt. Recht eklatant offenbart sich dies durch das Verhalten des Kindes, sowie es unbeobachtet ist. Dann richtet es sich auf, hält sich am Bette fest, spricht mit seinem Nachbar, spielt. Erst wenn der Arzt oder die Schwester ihm bemerkbar werden, verfällt das Kind wieder in seinen starren Zustand. Diese Starre wird also gleichsam immer wieder aufs neue ausgelöst durch den Anblick der fremden Personen.

Eine derartige Hemmung im Gebiete der Willenssphäre kann man ungezwungen auch als erhöhte Impressionabilität, als gesteigerte Suggestibilität auffassen. Das passive Erheben des Beines durch den Arzt, das Verbringen einer Extremität in irgendeine Stellung wirkt wie eine Art von Aufforderung, das Bein, die Extremität in der so bezeichneten Lage zu halten.

Auch beim gesunden Kind ist der Vorgang der Katalepsie, d. h. die Fixierung von Gliedmaßen in der ihnen passiv gegebenen Stellung, zu erzielen, sofern diese Stellung nicht durch entgegengesetzte Willensstrebungen aufgehoben wird. Dies ist wohl sehr häufig, aber durchaus nicht immer der Fall. Die Erfahrung ist eine alltägliche, daß Kinder, wenn sie untersucht werden, eine ihnen vom Arzt gegebene Haltung oder Stellung ruhig eine Zeitlang beibehalten. Gegensätzliche Willensstrebungen können auch bei Kindern bis zu einem gewissen Grade durch einen deutlichen Befehl oder im hypnotischen Zustand, also durch Suggestion, überwunden werden.

Dasselbe ist der Fall, wenn die Suggestion zwar schwach, aber, wie in unserem Falle, die gegensätzlichen Willensstrebungen reduziert sind. Hier wirkt die mit dem passiven Erheben des Beines gegebene schwache Aufforderung (das Bein in der gegebenen Lage zu halten) wie eine Suggestion.

Auf den psychogenen Ursprung des Leidens weist auch die Tatsache hin, daß von einem kataleptischen Zustand vor dem Eintritt

ins Spital ganz und gar nichts bekannt war, was der Beobachtung des Kollegen, der das Kind überwies, sicher nicht entgangen wäre. Die Aufnahme ins Spital, die ungewohnte Umgebung, die fremden Menschen sind dem Kinde von Grund aus unsympathisch. Sie erzeugen in ihm offenbar tiefgehende Unlustgefühle, Gefühle vielleicht von Angst und Schrecken, welche seine ganze Psyche hemmend beeinflussen und schließlich in einer fast völligen Willenslähmung ihren Ausdruck finden. Die Herabsetzung und Verlangsamung der Sensibilität, die Nahrungsverweigerung sind regelmäßige Begleitsymptome solcher Erscheinungen. Mit der allmählichen Gewöhnung an die Umgebung schwinden auch nach und nach alle die nervösen Manifestationen. Zuerst nimmt das Kind wieder Nahrung, dann wird es zutraulicher und nach und nach baut sich auch gleichzeitig mit dem Schwinden der Nickkrämpfe der ganze kataleptische Zustand wieder ab.

Mit der Annahme eines psychogenen Ursprungs erledigt sich auch die Frage nach der ätiologischen Rolle der Darmstörung.

Nachdem diese mir anfangs als ursächliches Moment (Autointoxikation vom Darmkanal aus) vorschwebte, glaube ich doch, daß sie direkt nicht weiter in Betracht kommen kann. Sie bestand ja schon lange vorher, ohne daß es zu ähnlichen Symptomen gekommen wäre. Möglich, daß sie ursprünglich die Basis für die Entwicklung eines neuropathischen Zustandes gebildet hat, als dessen Ausdruck einerseits der Spasmus nutans, andererseits die Katalepsie auftreten. Möglich aber auch, daß das Darmleiden nichts anderes ist, als ein Syndrom jenes pathologischen Nervenzustandes, gleichwertig dem Nickkrampfe und der Katalepsie.

Dafür spräche auch der Umstand, daß das Kind vor seiner Spitalzeit häufig an Diarrhöen litt, während mit dem Spitalaufenthalte eine hartnäckige Verstopfung sich einstellte. Dies würde dann als ein weiterer Hemmungsvorgang im Gebiete vegetativer Funktionen zu deuten sein.

Rachitis kann als Ätiologie in diesem Fall ausgeschlossen werden.

Mir scheint die v. Strümpell seinerzeit beiläufig ausgesprochene Ansicht wohl zutreffend, daß die Katalepsie der von ihm erwähnten Kinder im Alter von 1—2 Jahren manchmal mit einem durch fremde Umgebung hervorgerufenen, gleichsam hypnotischen Zustand zusammenhängt. Die fremde Umgebung wirkt hier gerade so auslösend, wie bei älteren Individuen ein Schreck oder ein anderer Affekt.

So charakterisiert sich der Zustand als ein hysterischer. Hysterisch sind nach Moebius alle diejenigen krankhaften Veränderungen des Körpers, welche durch Vorstellungen veranlaßt sind. Dabei ist es nicht notwendig, wie auch Thiemich hervorhebt, daß unter Vorstellungen nur zu voller Klarheit gelangte intellektuelle Überlegungen, sondern vor allem auch Erregungsvorgänge des Gemütslebens zu verstehen sind. Auch Ziehen spricht davon, daß die abnorm wirksamen gefühlsbetonten Vorstellungen, auf denen die körperlichen Symptome der Hysterie beruhen, in der Regel latente sind. Das Moment der Suggestibilität spielt dabei eine große Rolle. Nach Moebius sind alle hysterischen Erscheinungen Suggestion der Form nach; ein Teil von ihnen ist dem Inhalte nach nicht suggeriert, sondern eine krank-

hafte Reaktion auf Gemütsbewegungen; und Ziehen meint, daß eine der wichtigsten Teilerscheinungen der abnormen Steigerung der Wirksamkeit gefühlsbetonter Vorstellungen die gesteigerte Suggestibilität ist.

Die Anwendung auf unsern Fall ergibt sich von selbst. Der psychogene Ursprung: Die Katalepsie ist veranlaßt durch das Schreckhafte und Unangenehme beim Anblick der fremden Umgebung, verliert sich allmählich mit der Gewöhnung an diese Eindrücke, mindert und steigert sich periodisch mit dem Verschwinden und Wiederauftauchen der angsterzeugenden fremden Personen.

Das von Moebius, Ziehen u. a. fernerhin für die Hysterie geforderte Moment der erhöhten Suggestibilität ist hier ebenfalls sehr ausgesprochen vorhanden.

Die Katalepsie ist bei dem $3\,^1/_2$jährigen Kinde ein Ausdruck der Hysterie, und wenn das Vorkommen von typischer Hysterie in diesem jugendlichen Alter jedenfalls sehr selten und von vielen noch gänzlich geleugnet wird, so ist an der Möglichkeit eines solchen Vorkommens nach den Untersuchungen von Chaumier, Ollivier, Thiemich u. a. nicht mehr zu zweifeln.

Über Protylin „Roche“ und dessen Anwendung bei Kindern.

Von

Dr. E. **Kraus**, Kinderarzt, Wien.

Die Eiweißkörper, der Phosphor und das Eisen spielen bei dem Aufbau des Organismus die allerwichtigste Rolle. Die Bedeutung der Eiweißkörper als Nährstoff läßt sich dahin zusammenfassen: sie müssen dem Körper als solche in der Nahrung zugeführt werden, da der Ansatz der Eiweißstoffe in den Organbestandteilen durch keinen anderen Nährstoff bewirkt werden kann. Von der Menge der Eiweißstoffe in der Säftemasse hängt in erster Linie die Größe und Energie der Zerstörungsvorgänge in den Geweben und der damit zusammenhängende Kräftevorrat ab. Die natürliche Nahrung des neugeborenen Kindes — die Frauenmilch — ist namentlich in der ersten Zeit nach der Geburt relativ sehr reich an Eiweißstoffen. Allerdings schwanken hier die Angaben; nach König beläuft sich der Gehalt der Muttermilch an Eiweiß auf 2,29, nach Clemm auf 2,18, nach Pfeiffer auf 2,178. Marfan schätzt den Gehalt auf 1,6, Heubner auf 1,03.

Das Eiweiß ist in der Frauenmilch in zwei Formen vorhanden, einmal als phosphorreiches Kasein, und dann auch als gelöstes Eiweiß, als Albumin; wahrscheinlich ist auch das Vorhandensein eines dritten Körpers, des Globulins.

Eine nicht minder wichtige Rolle fällt dem Eisen als Bestandteil des Hämoglobins bei der Blutbildung und beim Aufbau des menschlichen Körpers zu. Bunge fand im Eidotter und der Milch organische Eisenverbindungen und nimmt an, daß das Eisen aus den Nahrungsmitteln in Form solcher Verbindungen resorbiert wird. Friedjung

und Jolles haben gefunden, daß der Eisengehalt der Frauenmilch zwischen 3,52 und 7,21 mg pro Liter schwankt, der Mittelwert wird mit 5,09 angegeben.

Der Phosphor kommt im Tierkörper außer in dem phosphorreichen Kasein als Glyzerinphosphorsäure in Lecithin und in bisher unbekannter Verbindung im Nuklein vor. Die Wichtigkeit dieser Verbindungen erhellt daraus, daß das Lecithin bis jetzt in allen entwicklungsfähigen Zellen, Eidotter, Blutkörperchen, ferner auch reichlich im Gehirn gefunden wurde. Die Bedeutung des Phosphors im Haushalte des menschlichen Organismus äußert sich hinwiederum in der ersten Nahrung des Neugeborenen, in der Frauenmilch. Dieselbe enthält in 1000 Bestandteilen (nach Schwarz, s. Marfans Handbuch der Säuglingsernährung, übersetzt von Dr. R. Fischl) an Kalkphosphaten 2,50, Natriumphosphat 0,40, Magnesiumphosphat 0,50, Eisenphosphat 0,01. Wie man sieht, bildet der phosphorsaure Kalk die relativ größte Mineralsubstanz der Milch, derselbe bedeutet beim Nährwert derselben einen sehr wichtigen Faktor, denn mit seiner Hilfe baut sich das Knochensystem auf, es erfolgt eine schnellere Mineralisation des Skeletts; der Phosphorgehalt der Frauenmilch ist größer als jener aller bei der Ernährung der Kinder gebräuchlichen Milchsorten.

Aus dem Gesagten ist zu ersehen, wie wichtig bei den Wachstumsvorgängen und den physiologischen Funktionen das Vorhandensein von Eiweißstoffen, Eisen und Phosphor im richtigen normalen Verhältnis im Organismus erscheint, und man ist deshalb in neuerer Zeit auch bemüht, sich die Verwendung dieser drei Stoffe bei verschiedenen Erkrankungen, bei denen ein Defizit eines oder des anderen derselben konstatiert ist, nutzbar zu machen. Es geschieht dies besonders in jenen Fällen, in denen man den Organismus auf dem gewöhnlichen Wege nicht ausgiebig zu ernähren imstande ist, sei es, daß Appetitlosigkeit die regelmäßige Ernährung unmöglich macht, oder daß die Resorption der Nahrung durch die Erkrankung des Verdauungstraktus erschwert ist.

Zu diesen Erkrankungen gehören gewisse Formen der Anämie, der Chlorose, der Rachitis, Skrofulose und die Osteomalacie, langwierige Ernährungsstörungen bei Schwächezuständen nach erschöpfenden Krankheiten und manche auf Grundlage dieser Zustände beruhenden Neurosen. Je nachdem es angezeigt erscheint, den einen oder den anderen der genannten Stoffe oder dieselben vereint dem Organismus einzuverleiben, macht man von verschiedenen diese Stoffe enthaltenden, in den Heilschatz eingeführten Präparaten passenden Gebrauch, und da sehen wir uns veranlaßt, auf ein Mittel aufmerksam zu machen, das in dieser Hinsicht den an dasselbe gestellten Anforderungen in den oben genannten Krankheiten vollkommen entspricht. Wir meinen das Protylin.

Das Protylin ist ein ungiftiges Phosphoreiweißpräparat und entspricht seiner Zusammensetzung nach den in den menschlichen Zellen vorkommenden Nukleinen, es ist leicht assimilierbar. Protylin ist in Wasser fast unlöslich, in Alkalien dagegen löslich, desgleichen in starken, im Überschuß vorhandenen Mineralsäuren. Es enthält 2,7 %

Phosphor in molekularer Bindung in Form von völlig oxydiertem Phosphor. Protylin wird vom Magensaft nicht angegriffen und passiert den Magen unverändert, übt also auf den letzteren keinerlei Einfluß aus. Protylin ist ein gelblich weißes, fast geruch- und geschmackloses Pulver. Mit Rücksicht auf die vielseitig anerkannte Wirksamkeit des Phosphors bei Rachitis und im Hinblicke darauf, daß das Protylin reichliche Nährstoffe enthält, habe ich das Protylin zuerst an Rachitikern erprobt. Die theoretische Grundlage des von Kassowitz in die Rachitistherapie eingeführten Phosphors gaben Wegners Versuche ab, welcher bei wachsenden Tieren durch Darreichung kleiner Phosphordosen eine raschere Konsolidierung des Knochens entstehen sah. Kassowitz ist auf Grund eigener Tierversuche zu der Anschauung gelangt, daß der Phosphor in sehr geringen Dosen eine lokale Hemmung der Gefäßbildung an den Knochenknorpelgrenzen erzeugt, also direkt der von ihm supponierten Entzündung entgegenwirkt. Kassowitz hat außerdem durch Tierversuche festgestellt, daß die entzündungswidrige Wirkung des Phosphors in der Tat vom Blut ausgeht und nicht etwa auf dem Wege der Innervation zustande kommt.

Da nun nach Kassowitz' Vorstellung die Rachitis ausnahmslos mit einer vermehrten Gefäßbildung im wachsenden Knorpel und in den jüngst apponierten Knochenschichten und mit einer bedeutenden Erweiterung der Blutgefäße einhergeht, und da alle übrigen Erscheinungen im rachitischen Knochensystem nur als eine notwendige Folge dieser entzündlichen Hyperämie und Vaskularisation des osteogenen Gewebes und der fertigen Knochenschichten zu betrachten sind, so mußte ein Mittel, welches die Gefäßbildung im osteogenen Gewebe hemmt und vielleicht die jungen Gefäßsprossen zur Kontraktion bringt, schon von vornherein für die Behandlung der Rachitis die größten Chancen in Aussicht halten. Bisher wurde bei Rachitis der Phosphor im Lebertran dem kindlichen Organismus einverleibt. Das Protylin hat jedoch vor dem Phosphorlebertran einen in der kindlichen Praxis sehr schätzenswerten Vorteil, den der Geschmack- und Geruchlosigkeit, es kann zu jeder Jahreszeit den Kindern mit der Nahrung vermischt gereicht werden, und weit entfernt, den Appetit irgendwie zu stören und den Magen zu belästigen, kann man in vielen Fällen die Erfahrung machen, daß es die Eßlust bei den Kindern in erfreulicher Weise anregt.

Ich habe das Protylin in fünf Fällen von Rachitis angewendet und konnte nach mehrwöchentlicher Anwendung des Mittels bei den zum Teil in ärmlichen Verhältnissen lebenden Kindern die Wahrnehmung machen, daß die rachitischen Erscheinungen und Knochenveränderungen aufs günstigste beeinflußt wurden. Die Auftreibungen an den Gelenksenden verkleinerten sich, die Kopfknochennähte konsolidierten sich, die Fontanellen wurden enger. Der Appetit hob sich, vorhandene Symptome eines Darmkatarrhs verschwanden allmählich und machten einer geregelten Verdauung Platz; auch der Zahndurchbruch wurde beschleunigt. Besonders hervorheben möchte ich hier, daß in zwei Fällen von auffälliger Kraniotabes, in denen sich das Occiput membranartig anfühlen ließ, nach mehrwöchentlichem Ge-

brauche des Protylins die Kopfknochen resistenter wurden und sich nur noch hie und da etwas elastisch darstellten, bis sie endlich vollständig hart wurden. Dabei nahmen die Kinder in sehr befriedigender Weise an Körpergewicht zu; der Schlaf wurde ruhiger, die Kinder bekamen ein frisches heiteres Aussehen. Bei einem hochgradig rachitischen Kinde, das vorher in beängstigender Weise an Laryngospasmus litt, verschwanden nach 6 wöchentlichem Gebrauche von Protylin die Krampfanfälle gänzlich, noch bevor die rachitischen Veränderungen an den Knochen eine sichtliche Abnahme aufwiesen.

Mit Ausnahme eines Kindes von 9 Monaten, das in sehr elendem Zustande in meine Behandlung kam, konnte ich bei den anderen vier Kindern in einem ca. 6—10 wöchentlichen Zeitraume Gewichtszunahmen von 1—2 kg beobachten.

Wenn man der Phosphorlebertranemulsion von vielen Seiten den Vorwurf macht, daß der Phosphor sich daraus verflüchtigt und so die Wirkung derselben illusorisch wird, so kann das beim Protylin, da dieses von konstanter Zusammensetzung und der Phosphor darin an Eiweiß chemisch gebunden ist, nicht eintreten, deshalb ist das Protylin in seiner Anwendung verläßlicher als die Phosphorlebertranmixtur.

Das Protylin ist in Pulver- und Tablettenform im Handel, vom Pulver genügen bei Kindern von $^1/_2$—5 Jahren 1—2 gestrichene Kaffeelöffel, von den Tabletten 4—8 Stück täglich.

Da sich das Protylin mit den Halogenen und Metallen verbindet, hat die das Protylin erzeugende Firma auch Eisen- und Bromprotylin hergestellt. Das Protylinum ferratum ist ein Präparat, das 2,3 $^0/_0$ Eisen enthält, es wird von den Verdauungsorganen gut vertragen und kann auch wie das reine Protylin mit Wasser oder Milch vermengt, mit den Speisen vermischt, eingenommen werden. Das Präparat hat mir bei anämischen Kindern, ferner in zwei Fällen von Chlorose sehr gute Dienste geleistet. Es hat den Appetit gesteigert, wodurch eine reichlichere Ernährung der Patienten ermöglicht wurde. Der Stoffwechsel wurde gehoben, der Hämoglobingehalt des Blutes vermehrt, was sich nach mehrwöchentlichem Gebrauch des Mittels in einem frischen Kolorit der Patientinnen und im Nachlaß aller subjektiven Symptome, wie Kopfschmerz, Herzklopfen, Schwächegefühl, Ausdruck gefunden hat. Daß ich bei der Protylinbehandlung auf passende Ernährung, den Genuß frischer Luft, sowie auf alle übrigen hygienisch-diätetischen Maßnahmen Rücksicht genommen habe, brauche ich wohl nicht ausdrücklich zu erwähnen.

Das Protylinum bromatum habe ich bisher nicht erprobt; allein es ist nach dem vorher Gesagten die Annahme zulässig, daß das Protylinum bromatum bei gewissen Neurosen des kindlichen Alters, die infolge anämischer Zustände sich einstellten, seine heilbringende Wirkung nicht versagen wird, ja ich glaube, daß man das Protylinum bromatum vielleicht auch mit Aussicht auf Erfolg bei Eklampsie und Chorea anämischer Kinder versuchen könnte; ich werde bei vorhandener Gelegenheit meine Versuche nach dieser Richtung ausdehnen.

II. Referate.

Joy Mc Kenzie, Ein Fall von Ureterstein und Sepsis. (Brit. Journal of Children dis. 1906. Nr. 8.) Die Mitteilung bezieht sich auf einen in der Dresdener Kinderheilanstalt beobachteten Fall. Es betrifft ein Kind von 1 Jahr 5 Monaten, von dem jede Anamnese fehlt. Intra vitam deutete kein Symptom auf irgendeine Komplikation seitens der Harnwege hin. Bei dem äußerst schlecht genährten und rachitischen Kinde lag vielmehr eine akute purulente Konjunktivitis und Keratitis, Bronchopneumonie und ein Enterokatarrh vor. Bei der Sektion fand sich im linken Ureter, $1^1/_2$ Zoll von der Blase entfernt, ein Stein von der Größe einer halben Erbse, von gelber Farbe, unregelmäßigen Oberflächen und fester Konsistenz; die benachbarte Schleimhaut war ulzeriert und hatte ein schmutzig-graues Aussehen. Der Stein schien frei in dieser ulzerierten Höhle zu liegen. Ureter nicht erweitert. In der Blase kein Stein. H. Netter (Pforzheim).

G. Edlefsen, Über die medikamentöse und diätetische Behandlung des Blasen- und Nierenbeckenkatarrhs. (Deutsches Archiv f. klin. Med. Bd. 87. S. 520.) E. betrachtet es als ein Unglück für die Kranken, wenn zu einer lokalen Behandlung der Blase geschritten wird ehe der Versuch gemacht ist, mit allen zur Verfügung stehenden innern Mitteln eine Heilung des Leidens herbeizuführen.

Er weist dabei besonders auf zwei alte schon 1876 von ihm empfohlene Blasenmittel, das Kali chloricum und das Terpentinöl, hin, mit denen er fortgesetzt gute Erfolge zu verzeichnen hatte, und zwar auch in Fällen, in welchen die modernen Mittel, wie Urotropin, Helmitol usw., versagt haben. Die Gefahr des Kali chloricums schlägt E. nicht hoch an, vorausgesetzt, daß es in richtiger Dosis gegeben. Eine antibakterielle Wirkung wird den beiden Mitteln nicht zugeschrieben, wohl aber eine antikatarrhalische, gefäßkontrahierende und die Sekretion beschränkende; speziell beim Kali chloricum hält E. noch eine direkt heilende, die Neubildung eines normalen Epithels befördernde Wirkung für möglich. E. ist sonach der Ansicht, daß, wo nicht eine ausgesprochene Bakteriurie oder hochgradige ammoniakalische Zersetzung des Harns vorliegt, man mit den alten Mitteln (Terpentinöl, Copaivbalsam, Kali chloricum, Folia uvae ursi, Salizylsäure und Salol) auskommt und damit mehr erreicht, was die Wiederherstellung einer normalen Schleimhaut und eines normalen Urinbefundes anlangt, als mit den andern. Als einzige Kontraindikation gegen Eingabe von Kali chloricum gibt E. dauernde oder temporäre Venosität des Blutes an; auch bei Ikterus und Nephritis ist Vorsicht geboten. Als Tagesdosis gibt E. von Kali chloricum 4,5 g (15,0 : 300 Wasser, je 15 ccm), bei Kindern dem Alter und der Konstitution entsprechend weniger; von Terpentinöl 3—4mal täglich 6—10 Tropfen in Milch. Hinsichtlich der Diät nimmt E. nicht den strengen Standpunkt ein wie die meisten heutigen Ärzte; er hält es überhaupt nicht für nötig, den Blasenkranken eine besondere Diät vorzuschreiben, und gestattet dunkles, selbst gesalzenes und gepökeltes Fleisch, auch geräucherte Fleisch- und Fischarten. Ja er verbietet sogar nicht Pfeffer, Senf

und andere Gewürze; dagegen warnt er entschieden vor allen alkoholischen Getränken.

Alkalische Wasser sollen nur bei saurem Urin verabreicht werden, bei alkalischem Urin nur Säuerlinge. Bei gleichzeitiger Anwendung von Medikamenten sieht E. auch keinen Vorteil von größerer Flüssigkeitszufuhr. Der Urin soll zwar niemals eine zu große Konzentration annehmen, „aber auch nicht dauernd in zu hohem Maße diluiert“ werden. Starck.

H. Tischler, Über die praktische Ausführung der kochsalzarmen Ernährung. (Aus der Prof. Straussschen Poliklinik in Berlin.) (Therap. Monatshefte. April 1906.) Bekanntlich hat H. Strauss zuerst die Aufmerksamkeit auf die diätetische Bedeutung der Kochsalzfrage bei der Behandlung der Nephritis gelenkt und die Forderung gestellt, daß man bei gewissen Formen der Nephritis, so insbesondere bei der chronisch parenchymatösen, und in gewissen Stadien der Krankheit, d. h. beim Vorhandensein oder Drohen von hydropischen Ergüssen, die Salzzufuhr einschränken und die Salzausfuhr künstlich steigern soll. Es ist, speziell für die nephrogenen Hydropsien, jetzt diese Forderung fast allgemein anerkannt, weshalb die Technik der kochsalzarmen Ernährung hohe praktische Bedeutung gewonnen hat. Fest steht bereits, daß der Mensch für die Dauer ohne Schädigung seiner Gesundheit mit nur geringen Mengen von Kochsalz auskommen kann. Strauss hat nun schon früher auf die Kochsalzarmut der Milch, des Reis, der Eier und der ungesalzenen Butter hingewiesen, sowie auf die des unzubereiteten Fleisches. F. hat nun genauere Berechnungen angestellt. Bei diesen Untersuchungen ergab sich als Kochsalzgehalt der Rohsubstanz ein

Kochsalzgehalt von 0,1 % und weniger

bei Fleisch, Hecht, Gelbei (0,02 %), ungesalzener Butter, Kufekes und Rademanns Kindermehl, bei den verschiedenen Getreidesorten und rohen Gemüsearten — von letzteren haben einen etwas höheren Kochsalzgehalt Linsen, Sellerie, Spinat und Kopfsalat —, ferner bei Reismehl, Buchweizengries, Kartoffeln, Pilzen, Obst (welch letzteres nur ausnahmsweise einen höheren Kochsalzgehalt als 0,05 % zeigte).

Kochsalzgehalt von 0,1—0,2 %.

Während Ei als Ganzes einen Kochsalzgehalt von 0,14 % besitzt, Milch einen solchen von 0,15—0,175 % und gesalzener Stockfisch von 0,19 % zeigt, fand sich

1—3 % Kochsalz

bei fast sämtlichen Käsesorten. Von Rohmaterialien mit

mehr als 2,5 % Kochsalz

nennt T. rohen Schinken (4,15—5,86 %), gekochten Schinken (1,85 bis 5,35 %), Schlackwurst (2,77 %), gesalzenen Hering (14,47 %), Lachs (10,87 %), gesalzene Sardellen (20,59 %), Kaviar (6—20 %).

Von tischfertigen Speisen interessieren zunächst die Brotsorten, Bouillon, Suppe, Fleisch und Gemüse. Für Zwieback zeigte sich ein Kochsalzgehalt von 0,38 %, für Weißbrot von 0,48—0,7 %, für Schwarzbrot von 0,75 %, für Bouillon 0,55—1 %, Suppen 0,34 bis 0,9 %, Saucen 0,7—1,5 %, Kartoffelbrei 0,9—1,4 %. Von Eierspeisen enthielt Rührei in dem für eine Person berechneten Quantum 2,4 g,

Setzei 0,5 g, Eierkuchen 2,7 g; der Kochsalzgehalt der für eine Person berechneten Fleischmenge schwankte zwischen 2—3 g, bei gekochten Fisch bis 4 g. Von Gemüsen enthielten weniger als 1 g in der für eine Person berechneten Menge: Blumenkohl, grüner Salat, Morcheln und Champignons; 1—1,5 g Gurken- und Tomatensalat; 3—3,5 g Spinat, Spargel, Kohlrabi, saure Linsen.

Es zeichnen sich also Milch, Eier, Pilze, Obst, Beerenfrüchte, Gemüse und Mehle durch sehr geringen Kochsalzgehalt aus. Das Fleisch, an sich sehr kochsalzarm, erhält durch die Zubereitung in der Regel hohen Kochsalzgehalt, und es ist Sache der Küche, letzteren möglichst einzuschränken. Dasselbe gilt für Brot. Zwieback enthält am wenigsten Kochsalz, immerhin aber noch ziemlich erheblich. Deshalb hat Strauss bei Rademann ein kochsalzfreies Brot (nur 0,01—0,02 %) herstellen lassen, das, mit Butter genossen, nicht schlecht schmeckt. Von Eiern verdienen Setzeier den Vorzug, von Gemüsen Blumenkohl und Pilze. Bouillon enthält in einer Menge von 250 bis 300 ccm mehr als 1½ g Kochsalz und sollte auch aus anderen Gründen (Extraktivstoffe!) ausgiebig durch Obst-, Milch- und Mehlsuppen ersetzt worden. Butter ist ungesalzen zu genießen.

Von Mineralwässern sind arm an Kochsalz Gleichenberger, Wildunger (Georg-Viktorquelle), Gießhübler, Neuenahrer. Grätzer.

West, Ein Fall von pseudorenaler Wassersucht. (Lancet. 23. Juni 1906. Bd. 1.) Der 20 Monate alte Knabe wurde mit starkem Anasarka in das Hospital gebracht. Der Urin enthielt keine Spuren von Albumen. Der ganze Körper war ödematös, das Abdomen erweitert, tympanitisch, frei von Flüssigkeit, die Leber überragte den Rippenbogen in der Mammillarlinie um einen Zoll. Die Milz war nicht palpabel und alle übrigen Organe schienen gesund zu sein. Das Kind war tiefbleich und schwach. Einen Monat zuvor hatte das Kind Masern überstanden, die von häufigen und starken Durchfällen gefolgt waren. 10 Tage vor der Aufnahme begann die Schwellung des Gesichts und des ganzen Körpers, die rasch zunahm und einen beträchtlichen Grad erreichte. Andere Symptome bot das Kind nicht, nach der Aufnahme bestand keine Diarrhoe, die Nahrungsaufnahme war eine gute, und die Besserung erfolgte schnell bei Bädern und Diureticis. Innerhalb einer Woche war das Ödem der Beine und des Rumpfes geschwunden und nach wenigen Tagen mehr auch das Ödem des Gesichts. Verf. hebt es als bemerkenswert hervor, daß das Ödem vom Gesicht zuletzt verschwand. Es bestand eine geringe Leukozytosis durch geringe Vermehrung der Lymphozyten ohne wesentliche Verminderung der roten Blutkörper. Das Ödem hatte nicht den Typus des kachektischen. Es war vielmehr den bei akuter Nephritis vergleichbar. Die klinische Geschichte und der Verlauf bewiesen den nicht renalen Ursprung. Das Ödem war vielmehr das Resultat einer schweren Masernerkrankung bei einem bisher gesunden Kind und war die Folge einer durch heftige Diarrhöen herbeigeführten Unterernährung. H. Netter (Pforzheim).

Askanary, Profuse Hämaturien und kolikartige Schmerzen bei Nephritis. (Zeitschr. f. klin. Med. Bd. 58. Heft 5 u. 6.) Über

die Entstehungsweise der bei Nephritis so häufig zu konstatierenden Ekchymosen der Nierenbeckenschleimhaut und des Nierengewebes selber hat sich der Verf. die Vorstellung gebildet, daß entzündlich veränderte Nieren eine gewisse Neigung zu Kongestionen zeigen, wodurch der bei Nephritis ohnehin erhöhte arterielle Druck noch weiter gesteigert wird. Dadurch kommt es infolge der veränderten Beschaffenheit der Gefäßwände, die eine abnorme Durchlässigkeit zur Folge hat, leicht zur Diapedese und zu Blutaustritten ins Gewebe. Die Ekchymosen bei Nephritis sind demnach als Residuen voraufgegangener Kongestionen aufzufassen und die Massenblutungen bei Nephritikern auf dieselbe Ursache zurückzuführen. Natürlich sind die Kongestionen bei Nephritis verschiedenen Grades; leichtere führen nur zu vorübergehenden Injektionen, heftigere zu längerdauernden Ekchymosen. Sind die Kongestionen sehr stürmisch, so kommt es zu profusen Hämaturien und kolikartigen Schmerzen.

Freyhan (Berlin).

Ponfick, Über Morbus Brightii. (Verh. d. deutsch. path. Ges. in Meran 1905.) Vom pathologisch-anatomischen Standpunkte tritt P. für eine Unterscheidung der Nierenkrankheiten von ätiologischen Gesichtspunkten aus ein. Um dies möglich zu machen, ist ein möglichstes Zusammenarbeiten zwischen Anatomen und Klinikern nötig. Die Einteilung in parenchymatöse und interstitielle Nephritis sei nicht gut, da eine solche Trennung auch anatomisch meist unmöglich sei; selten seien interstitielles und parenchymatöses Gewebe allein erkrankt. P. führt einige Beispiele an, in denen durch ähnliche Stoffe verschiedene Stellen des Nierengewebes ergriffen werden. Ausführlich bespricht er die Entstehung der Schrumpfniere, die schon histologisch auf die verschiedenste Weise zustande kommen kann.

Bennecke (Jena).

Friedrich Müller, Morbus Brightii. (Verh. d. deutsch. path. Ges. in Meran 1905.) M. tritt vom klinischen Standpunkt aus gleichfalls für eine Einteilung der Nierenerkrankungen, die unter dem Namen Morbus Brightii zusammengefaßt werden, von ätiologischen Gesichtspunkten aus ein, wobei er besonders hervorhebt, daß klinisch die alte Einteilung in akute und chronische, parenchymatöse und interstitielle noch schwieriger als anatomisch, ja meist unmöglich ist. Selbst die modernen Untersuchungen mit Blutdruckmessungen, Gefrierpunkt- und Chlorausscheidungsbestimmungen haben daran nichts geändert. Und doch ist eine genaue Kenntnis der Nierenerkrankung prognostisch von größtem Werte. Wie viele Schwierigkeiten der Einteilung der Nierenerkrankungen von ätiologischen Gesichtspunkten aus noch entgegenstehen und wie viele Beobachtungen noch nötig sind, weist M. an vielen Beispielen nach.

Bennecke (Jena).

Pässler u. Heineke, Versuche zur Pathologie des Morbus Brightii. (Verh. d. deutsch. path. Ges. in Meran 1905.) Verff. exstirpierten Hunden in mehreren Sitzungen den größten Teil der Nieren, so daß die Tiere noch eine Zeitlang — bis zu 9 Monaten — leben konnten. Verff. konnten dadurch Krankheitsbilder erzeugen, die mit dem Symptomenkomplex der Schrumpfniere größte Ähnlichkeit hatten.

Gelang es, die operierten Tiere lange genug im Zustande der Niereninsuffizienz zu halten, ohne daß sie alsbald kachektisch wurden, so entwickelte sich in den meisten Fällen Hypertrophie des linken Ventrikels. Die nach Nierenverkleinerung einsetzende Polyurie entwickelte sich unabhängig von der Herzhypertrophie, sie kann sogar ebenso wie bei Diabetes mellitus oder Diabetes insipidus ohne Blutdrucksteigerung bestehen. Bennecke (Jena).

Gotthold Herzheimer, Über Zystenbildungen der Niere und abführenden Harnwege. (Virchows Archiv. Bd. 185. Heft 1.) H. teilt die umfangreiche, mit ausführlicher Literatur versehene Arbeit in drei Kapitel: 1. Zystennieren. 2. Nierenzysten. 3. Urethritis (Cystitis) cystica. Die Zystennieren faßt H. als Folge eines Vitium primae formationis auf und schlägt vor, sie zu den Hämatomen zu rechnen, da sie, auf Mißbildung beruhend, den Tumoren nahestehen, und durch diese Benennung eine Verständigung über die derzeitige Anschauung ihrer Pathogenese schneller ermöglicht wird. Als Schlußfolgerung aus dem zweiten Kapitel, das von anderer Seite ausführlich bearbeitet werden soll, ergibt sich, daß die Zysten der Niere durch entwicklungsgeschichtliche Hemmungen zu erklären sind. Die Zysten des Nierenbeckens und der Harnblase sind das Produkt chronischer, nicht bakterieller Entzündung, indem es an den fraglichen Stellen zu einer Proliferation des Oberflächenepithels kommt; die anfangs soliden Zellsprossen (Brunnsche Epithelnester) zerfallen ohne Schleimbildung zentral und werden so zu Zysten. Bennecke (Jena).

Hermann Legrand (Alexandrie), Les abscès du foie chez l'enfant. (Archives de méd. des enf. 1906. Nr. 3/4.) Der Verf. hat aus der Literatur, der eigenen Beobachtung und den Auskünften zahlreicher Kollegen aus Ägypten, 112 Fälle von Leberabszeß bei Kindern zusammenstellen können und gefunden, daß die Krankheit nicht so selten im Kindesalter vorkommt, als man gemeinhin annimmt. Die zahlreichsten Abszesse treten im Laufe von Dysenterien auf, und bildet diese Ätiologie etwa ein Viertel aller Fälle; es folgen dann die durch Trauma, Appendizitis, Tuberkulose, Typhus und Askariden hervorgerufene Abszesse. In seltenen Fällen ist Nabelphlebitis, Pyohämie und Influenza die veranlassende Ursache.

In symptomatischer Beziehung wird hervorgehoben, daß die Krankheit sich durch einen heftigen Schmerz in der Lebergegend mit Ausstrahlung in die rechte Schulter kundgibt; es bestehen sehr hohes, remittierendes Fieber, Appetitlosigkeit, Frösteln, nächtliche Schweiße, Erbrechen und häufig diarrhoische Stuhlentleerungen. Die Leberdämpfung vergrößert sich sehr rasch und es entwickelt eine oft enorme Vorwölbung der Gegend oder auch eine zirkumskripte kuppelförmige Erhöhung im Hypochondrium oder Epigastrium. Letztere Erscheinungen sind viel ausgesprochener als bei Erwachsenen infolge der größeren Nachgiebigkeit der Rippenwand. Meist besteht subikterische Farbe, namentlich bei den dysenterischen Abszessen, während wahrer Ikterus häufig bei appendikulären, septischen oder Wurmabszessen zur Beobachtung gelangen. Oft verlaufen Leberabszesse bei Kindern in latenter Weise und werden deren Symptome von

denjenigen der Hauptkrankheit überdeckt. Die zytologische Untersuchung des Blutes, und wenn notwendig, eine Probepunktion der Leber geben in vielen Fällen wichtige Aufschlüsse: Verwechslungen mit Abszessen der Nachbarorgane, namentlich mit infra-diaphragmatischen oder perihepatischen Abszessen sind möglich.

Die Statistik zeigt, daß die meisten Heilungen durch die chirurgische Behandlung erzielt werden; die Punktion kann nur als diagnostisches Mittel angesehen werden. Man macht einen breiten Einschnitt, indem man sich bezüglich der Richtung an die Explorationsnadel hält; bestehen keine Adhärenzen, so ist das Annähen des betreffenden Leberteiles an das parietale Peritoneum vor der Inzision des Abszesses anzuempfehlen. Bei hochliegenden Abszessen oder solchen des rechten Leberlappens wird am besten der transpleurale Weg gewählt.

E. Toff (Braila).

M. Spolverini, Beitrag zum Studium der Ätiologie und Pathogenese der kindlichen Leberzirrhose. (Rivista di Clinica Pediatrica. März 1906.) Verf. teilt zunächst zwei Fälle von Alkoholzirrhose mit, der eine ein 22 Monate altes, von Trinkern stammendes Kind, das von den ersten Lebenstagen an täglich einen Löffel Wein bekommen hatte, der andere einen 7 Jahre alten Knaben betreffend, dessen Vater gleichfalls Potator war und der seit dem dritten Jahre täglich bis 300—400 g Wein trank und sich bei jeder festlichen Gelegenheit betrank. In einem dritten Fall handelte es sich um eine hypertrophische Zirrhose mit chronischem Ikterus, bei dem Ätiologie und Pathogenese absolut unklar war. Ein vierter Fall wird als „toxisch-infektiöse Zirrhose von der Haut herstammend" bezeichnet. Er betraf ein 18 Monate altes Kind, das seit dem zweiten Monat an einer den ganzen Körper bedeckenden Hauterkrankung, die als nässendes Ekzem bezeichnet wird, litt. Nach Ausschluß aller anderen denkbaren ätiologischen Momente kommt Verf. zu dem Schluß, daß es sich hier um eine Hepatitis infektiösen Ursprungs gehandelt habe, ebenso wie man häufig bei Kindern mit chronischem Ekzem eine Nephritis fände. Der Fall kam zum Exitus und die Sektion bestätigte die Diagnose der Leberzirrhose.

F.

Carazzani u. Brunazzi, Über die Ätiologie der Leberzirrhose im Kindesalter. (La Pediatria. November 1905.) Verf. berichtet einen ein 4 Monate altes Kind betreffenden Fall. Das Kind hatte starken Aszites; bei der Punktion entleerten sich mehr als $1^1/_2$ Liter einer klaren gelblichen Flüssigkeit. Danach konnte man konstatieren, daß die Leber ganz erheblich an Volumen reduziert war. Wider Erwarten ging der Fall in Heilung aus. Als ein Zeichen der Stauung im Pfortadersystem ist es aufzufassen, daß auch nach der Heilung der Milztumor bestehen blieb. Verf. bespricht dann noch die Differentialdiagnose gegenüber der chronischen Peritonitis, der Hepatitis interstitialis syphilitica, der Pyelophlebitis adhaesiva chronica und Thrombose der Pfortader.

F.

Guido Berghinz, Postdysenterische Leberzirrhose. (Rivista di Clinica Pediatrica. März 1906.) Verf. gibt die Kranken-

geschichte, sowie ausführlichen Sektionsbericht nebst histologischen Befunden eines einen 5jährigen Knaben betreffenden Falles. F.

Francis Harbitz (Norweger), Akute gelbe Leberatrophie von infektiösem Ursprung (Streptokokken). (Norsk Magazin for Lägevidenskaben. 1906. Nr. 1.) Ein 6jähriger Knabe bekam nach einer Angina Unterleibsschmerzen und nach und nach zunehmenden Ikterus mit Fieber. Nach 4 Wochen Exitus. Bei der Sektion fand man schweren Ikterus ohne mechanisches Hindernis für den Gallenabfluß. In der Leber, die das gewöhnliche Bild akuter gelber Atrophie darbot, überall Streptokokken. Schwellung der Milz, in welcher Streptokokken in Reinkultur. Ecchymosen des Pericardium und der Darmschleimhaut. Fettartige und parenchymatöse Degeneration des Herzens und der Nieren. Oedema pulmonum.

Adolph H. Meyer (Kopenhagen).

A. H. Wentwerth, A Case of Acute Yellow Atrophy of the Liver in a Child Five Years Old. (Archives of Ped. February 1906). Patient soll, als er 18 Monate alt war, an Peritonitis tuberculosa gelitten und nach 6monatlicher Behandlung, ohne Operation, geheilt worden sein. 2 Jahre später machte er eine kruppöse Lungenentzündung durch und schien danach recht wohl bis 3 Wochen vor seinem Tode. Die fatale Krankheit fing an mit leichter Gelbsucht und milden Symptomen von Magenbeschwerden. Bis 4 Tage vor seinem Tode war der Junge auf seinen Füßen und ging erst zu Bett auf Anraten des behandelnden Arztes, nachdem die Symptome durch Eintreten von Delirium sich verschlimmert hatten. Die Diagnose wurde erst post mortem gestellt. Die Leber war nicht verkleinert, die Sektion derselben ergab Flächen von hellgrüngelber Farbe auf dunkelrotem Hintergrund. Drei Viertel der Leberzellen waren gänzlich vernichtet, makroskopisch jedoch war diese ungeheuere Destruktion der Leber nicht sichtbar. H. B. Sheffield.

Guinon (Paris), Entérites et appendicite chez l'enfant. (Revue mens. des malad. de l'enfance. Août 1906. S. 337.) Während beim Erwachsenen eine akute Appendizitis relativ selten im Verlaufe einer schleimig-membranösen Enterocolitis auftritt, ist beim Kinde gerade das Gegenteil der Fall, ja man kann sagen, daß es bei demselben keine Appendizitis ohne Enteritis gibt. G. hat 28 Appendizitisfälle aus seiner Praxis zusammengestellt und bei 23 gefunden, daß eine Enteritis in einer Form, in irgend einer näheren oder entfernteren Vergangenheit vorangegangen war.

Alle Enteritisformen, welche der Appendizitis vorangehen, sind im Dickdarme lokalisiert und unterscheiden sich hauptsächlich dadurch von der analogen Krankheit beim Erwachsenen, daß meistens der Schmerz fehlt oder unbedeutend ist, während ein ausgesprochenes Schmerzgefühl meistens das Symptom einer Appendizitis darstellt. Oft handelt es sich um einen vorübergehenden, nicht genau lokalisierten Schmerz, in anderen Fällen wird derselbe nur durch die Palpation fühlbar gemacht.

Unter den hier in Betracht kommenden Enteritisformen sind zu

verzeichnen: akute, schleimige oder dysenteriforme Enteritiden, chronische mit intermittierender schleimig-membranöser Ausscheidung, endlich solche, wenn auch seltene Formen, bei denen Verstopfung vorangegangen war, doch ist dies nur ausnahmsweise zu beobachten.

Der Entwicklungsmodus der Appendizitis dürfte der einer Fortleitung der primären Darmentzündung sein, und tritt diese Komplikation entweder im Anschlusse an eine Enteritis oder nach einigen Wochen, selbst Monaten nach einer solchen auf.

Ein Punkt, auf welchen der Verf. besonders aufmerksam macht, ist das Vorangehen von Infektionen des Nasenrachenraumes vor Entwicklung der Appendizitis; in 17 von seinen 28 Fällen konnte er derart eine akute oder chronische Tonsillitis oder Angina mit eitriger Sekretion beobachten. Es ist anzunehmen, daß diese Infektionen des Nasenrachenraumes die Appendizitis auf dem Wege der Enteritis bewirken, die sogenannten grippalen Appendizitiden von Merlen und Faisans.

Die Prophylaxis der Appendizitis beim Kinde verlangt also eine genaue Behandlung vorkommender Enteritiden, eine entsprechende amylo-vegetariane Diät und wiederholte Purgierungen, andererseits eine genaue Behandlung pharyngealer Erkrankungen.

Zum Schlusse seines Aufsatzes gibt G. die Krankengeschichten seiner einschlägigen Fälle.

E. Toff (Braila).

A. Broca (Paris), Appendicites consécutives aux entérites de l'enfance. (Revue prat. d'obst. et de paediatrie. Juillet-Août 1906.) Der Verf. ist der Ansicht, daß bei Kindern eine Enterocolitis zu Appendizitis führen kann, und daß jene Patienten, welche an akuten oder chronischen Entzündungen des Darmes leiden, eine Entzündung ihres Wurmfortsatzes bekommen können. Fast immer handelt es sich um Infektionen der Darmschleimhaut, sei es, daß dieselbe mitten im Gesundheitheitszustande einsetzt oder sich auf Grundlage einer chronischen schleimig-membranösen Enteritis entwickelt.

Oft ist es schwierig, den Augenblick festzustellen, wann eine Enteritis sich mit Appendizitis kompliziert, doch gibt es einige Symptome, wie die schmerzhafte Verhärtung der Ileo-coekalgegend, die reflektorische Resistenz der Bauchmuskel, das Erbrechen grüner Massen, welche die Aufmerksamkeit auf den Wurmfortsatz hinlenken müssen.

In chronischen Fällen sind es wiederholte, namentlich rechts lokalisierte Koliken, febrile gastrische Erscheinungen mit Erbrechen, eine schmerzhafte Schwellung des Punktes von Mac Burney, welche auf den wahren Sachverhalt hindeuten.

Unter den 33 Fällen, die B. operiert hat und bei welchen sich eine Verbindung mit einer Entero-Colitis muco-membranacea feststellen ließ, gibt es solche, wo die Appendizitis sich auf einer alten Enteritis ohne Abscheidung von schleimig-fetzigen Massen entwickelt hatte, solche, bei welchen derartige Evakuationen in einer näheren oder entfernteren Vergangenheit festgestellt werden konnten, und solche, bei welchen letztere auch nach der Operation fortbestanden. Doch auch in diesen Fällen konnte durch den chirurgischen Eingriff eine

erhebliche Besserung des Zustandes erzielt werden, so daß derartige Fälle keinen Beweis für einen diagnostischen Fehler abgeben, um so mehr als in allen diesen anatomische Veränderungen des Wurmfortsatzes gefunden wurden. E. Toff (Braila).

P. Ragaine, L'appendicité vermineuse. (Inaugural-Dissertation. Paris 1905.) Verschiedene Darmparasiten, wie Ascaris, Trichocephalus oder Oxyuris, können Ulzerationen des Coecums hervorrufen und im weiteren Verlaufe, durch Sekundärinfektion, zu Appendizitis führen. Man soll daher gegebenenfalls an diese Ursache denken, da die Ausstoßung der Würmer oft von Heilung der Darmaffektion gefolgt ist. Prophylaktisch wäre das zeitweise Verabfolgen von vermifugen Mitteln anzuempfehlen. E. Toff (Braila).

Korach (Posen), Über Früh- und Fehldiagnosen der akuten Perityphlitis. (Deutsches Archiv f. klin. Med. Bd. 86. S. 19.) K. wendet sich in vorliegender Arbeit gegen die in der Perityphlitisfrage vorherrschende Tendenz, jeden Fall von Perityphlitis ohne Kritik dem Chirurgen auszuliefern. Zunächst weist er auf die absurde Forderung der Chirurgen hin, nach welcher jeder Perityphlitisfall innerhalb der ersten 48 Stunden operiert werden soll. Absurd ist die Forderung deshalb, weil die Perityphlitis keine plötzlich eintretende Krankheit ist, sondern vielmehr in weitaus der Mehrzahl der Fälle der Krankheitsprozeß langsam vorbereitet wird. K. stellt deshalb die Frage der Frühdiagnose in den Vordergrund und weist besonders darauf hin, welchen Irrtümern man in der Diagnose der Perityphlitis anheim fallen kann.

Er unterscheidet zwei Kategorien von Fehldiagnosen. Einmal diejenigen Fälle, in welchen eine Appendizitis als Ausgangspunkt einer peritonealen Infektion nicht erkannt worden ist. Diese Fehldiagnose wird im allgemeinen wenig Schaden stiften, da es sich der Chirurg zur Gewohnheit gemacht hat, nach Eröffnung des Leibes dessen ganzen Inhalt abzutasten, insbesondere aber nach dem Appendix zu sehen. Der Schaden wird um so geringer sein, als in der überwiegenden Mehrzahl solcher Fälle eine absolute Indikation zu einem chirurgischen Eingriff vorliegt.

Zur zweiten Kategorie gehören Fälle, in denen auf Grund der Annahme einer akuten Perityphlitis die Bauchhöhle eröffnet wird und die Autopsie zur Erkenntnis führt, daß weder eine Erkrankung des Appendix noch sonst eine die Laparotomie rechtfertigende Erkrankung des Abdomens vorhanden ist.

In Betracht kommen hier die Neuralgie des N. genito-cruralis, Hysterie, Ovarie, intumeszierte tuberkulöse Lymphknoten, ein Kalktumor, eine dislozierte Niere, Typhus und selbst akute Pneumonie.

K. teilt selbst die Krankengeschichten von drei eigenen Patienten mit, bei welchen mehrere Ärzte die Diagnose auf Perityphlitis stellten, bei welchen aber die Operation bzw. Sektion einmal eine Peritonealtuberkulose, einmal ein ins Kolon perforiertes Mesenterialsarkom, im dritten Falle aber überhaupt keinerlei Erkrankung im Abdomen ergab.

K. stellt deshalb zunächst das Postulat einer exakten Diagnose, insbesondere Frühdiagnose, bevor die Operation in Betracht gezogen

werden darf. Er weist dabei auf die großen Schwierigkeiten hin, welche einer frühen Diagnose entgegenstehen; so mißt er der subjektiven Schmerzempfindung nur geringen Wert bei, da einmal bei der Appendizitis die Schmerzen überall im Bauch sitzen können, andererseits Magenschmerzen, Lumbago, Ischias, Nephrolithiasis denselben Schmerz zu erzeugen imstande sind.

Der Druckschmerz ist zwar wertvoller für die Diagnose, doch erinnert K. daran, daß derselbe gerade bei Gangrän und Perforation durchaus fehlen kann. Vielfach ist eine exakte Prüfung durch Spannung der Bauchdecken unmöglich gemacht. Diese letztere kann ebenfalls nicht als untrügliches Zeichen angesehen werden, ebensowenig wie die Aufhebung der Bauchdeckenreflexe.

Endlich kann es sich immer noch um zwei Erkrankungen in der rechten Bauchhälfte handeln, so neben der Appendizitis um entzündliche Prozesse an der Gallenblase, Ren mobilis, Hydronephrose.

K. hofft, daß eine „Kasuistik der Irrtümer" die Diagnose der Appendizitis mehr fördern werde als die Statistiken chirurgischer Erfolge und Mißerfolge „durch zu späte Überweisung". Starck.

K. Landsteiner, Darmverschluß durch eingedicktes Mekonium. Pankreatitis. (Zentralblatt f. allg. Path. u. path. Anat. Bd. 16. Nr. 22.) Bei einem gesunden, spontan von einer gesunden Mutter geborenen Kinde ging bei und nach der Geburt kein Mekonium ab. Der Leib war aufgetrieben. In den drei nächsten Tagen nahm die Anschwellung zu; es ging kein Mekonium ab und Erbrechen nicht fäkulent riechender, grau-grünlicher Massen trat auf. Bei der jetzt vorgenommenen Gastroenterostomie entleert sich kein Mekonium. Das Erbrechen besteht weiter. Tod am fünften Tage. Bei der Sektion findet sich eine Peritonitis. Der Dünndarm ist stark gebläht, der Dickdarm aber kontrahiert. Im untersten Ileum findet sich nun eine an Glaserkitt erinnernde, grau-gelbe Masse, die noch in das Coecum ragt. Weiter nach oben nimmt der Darminhalt normale Konsistenz an. Die Darmwandung ist hier infolge starker Hypertrophie der Muscularis stark verdickt. Mikroskopisch fand sich am Darme außer Druckspuren, hervorgerufen durch das eingedickte Mekonium, und Leichenveränderungen nichts, das den Befund erklären könnte. Dagegen bestand im Pankreas eine chronisch interstitielle, zu Bindegewebsentwicklung führende Entzündung. L. nimmt nun an, daß das Fehlen des Pankreassekretes die Ursache für die Eindickung des Mekoniums sei. Dieses habe Darmverschluß herbeigeführt und sei indirekt der Anlaß der Hypertrophie der Muscularis in den höheren Darmabschnitten. Eine primäre Mißbildung des Darmes liege nicht vor.

Bennecke (Jena).

Rankin, The Anatomy and Pathology of Intestinal Obstruction. (Brooklyn Medical Journal. June 1906.) Verf. gibt einen Überblick über alle Möglichkeiten, durch die ein Darmverschluß zustande kommen kann. Etwas ausführlicher behandelt er die Möglichkeiten der Entstehung einer partiellen Darmlähmung bei Peritonitis. Die Ursache hierfür ist oft in der schnellen Resorption der Toxine zu suchen. Fischer-Defoy (Kiel).

B. Hess, Intussusception in Infancy and Childhood. (Med. Rev. of Reviews. Vol. XII. Nr. 2.) Verf. überblickt die Literatur der letzten 10 Jahre. Im ganzen wurden 1028 Fälle mitgeteilt und unter diesen sind bloß 314 Fälle, die genaue Einzelheiten liefern. Soviel der Verf. von den Krankengeschichten entnehmen kann, waren 60 % der Kinder unter einem Jahre. Leibschmerzen erschienen als erstes Symptom der Invagination. Erbrechen und blutige Entleerungen fanden fast immer statt. Plötzlicher Kollaps trat sehr oft ein. Eine Geschwulst war fühlbar in den meisten Fällen. Die Temperatur stieg in 40 % der Fälle. 43 % der beobachteten Fälle starben ohne Operation, 30 %, die operiert worden sind, nachdem andere Hilfsmittel fehlgeschlagen hatten; dagegen starben bloß 8 % derjenigen Fälle, die sofort einer Operation unterzogen sind. H. B. Sheffield.

M'Gregor, Intussusception statistics and their story. (The Scottish Medical and Surgical Journal. Vol. XIX. Nr. 2. August 1906.) Es wird eine Übersicht über 123 in verschiedenen Hospitälern beobachtete Fälle gegeben. 74 % aller betrafen Kinder unter 12 Monaten. 72,4 % waren männlich, 27,6 % weiblich. 63 % starben. Bei denen, die 6 Stunden nach Eintritt der Beschwerden zur Operation kamen, gelang die Heilung in 60 %, bei den nach 12 Stunden kommenden in 73,3 %, nach 24 Stunden in 51,5 % und nach 48 Stunden in 26,6 %.

Drei Fälle wurden durch Taxis mittels der hydrostatischen Methode geheilt; bei mehr als 30 war sie negativ. Verf. steht unbedingt auf dem Standpunkt, sofort zu operieren. Die Reposition durch Laparotomie war in 52,6 % von günstigem Erfolg begleitet; dagegen gelang von den 32 Fällen, in denen eine Resektion von Darm oder ein ähnlich eingreifender Eingriff vorgenommen werden mußte, die Heilung nur in zweien.

Verf. tritt sehr für eine Methode ein, die einen Rückfall verhüten soll: Er näht das Mesenterium in Zickzackform und zieht dann, ähnlich wie man ein Segel refft, den Faden an.

Fischer-Defoy (Kiel).

Marnoch, Cases of intussusception. (The Scottish Medical and Surgical Journal. Vol. XIX. Nr. 2. August 1906.) Es werden acht selbstbeobachtete Fälle von Darminvagination beschrieben. In einem gelang Taxis. Von den sieben Operierten starben drei: bei einem gelang die Reposition nicht, und der Zustand des Patienten war so, daß die Operation nicht weitergeführt werden konnte, beim zweiten war Darmresektion nötig und der dritte starb an Pneumonie. Fünf Patienten waren unter 15 Monaten alt, alle waren männlichen Geschlechts. Einmal bestand Invaginatio iliaca, 6mal ileo-coecalis. Als wichtigsten Punkt der Nachbehandlung betont M. die möglichst baldige Zufuhr von natürlicher Nahrung. Brustkinder sollen bald an die Brust angelegt werden. Fischer-Defoy (Kiel).

T. S. Thyne, Intussusception. (The Scottish Medical and Surgical Journal. Vol. XIX. Nr. 2. August 1906.) Th. hat in 20jähr. Praxis fünf Fälle von Invagination gesehen, davon zwei innerhalb eines Jahres bei demselben Kind. Alle betroffenen Kinder waren

kräftig. Einmal wurde nach Einblasen von Luft in das Rektum die Reposition als vollendet angesehen; am nächsten Tage trat plötzlicher Exitus ein: die Reposition war nur scheinbar gewesen. Verf. stellt zwei goldene Regeln auf: einmal eine frühe Diagnose der Darminvagination zu stellen, zweitens das Abdomen möglichst früh zu öffnen.

Fischer-Defoy (Kiel).

David M. Greig, On intussusception. (The Scottish Medical and Surgical Journal. Vol. XIX. Nr. 2. August 1906.) G. hat 20 Fälle von Darminvagination beobachtet, davon 13 unter einem Jahr alt. 10 waren männlich, 10 weiblich; 4 wurden ohne Laparotomie geheilt, ein Patient starb nach Verweigerung der Operation. 12mal wurde die Laparotomie mit Reposition ausgeführt; 6mal trat Heilung ein. Alle 3 Fälle, in denen eine Darmresektion nötig war, starben. 9mal war die Invagination ileo-coecal; 2mal bestand Invaginatio iliaca, 2mal ileo-colica und 2mal colica.

Verf. empfiehlt vor der Operation, ohne damit viel Zeit zu verlieren, einen Taxisversuch durch Lufteinblasen in das Rektum. Nach der Operation sind bei Kindern Opiate nur mit Vorsicht zu gebrauchen.

Aus den geschilderten Fällen geht hervor, daß die Prognose um so besser ist, je früher die Behandlung einsetzt.

Fischer-Defoy (Kiel).

Henry J. Dunbar, Akute infantile Iufussuszeption. (The Scottish Medical and Surgical Journal. Vol. XIX. Nr. 2. August 1906.) Verf. behandelt ausführlich in sehr anregender Weise seine Erfahrungen über die akute infantile Darminvagination, durch die $^3/_4$ aller Fälle von akutem Darmverschluß bei Kindern veranlaßt werden. In den ersten 3 Monaten des Lebens liegen die Dünndarmschlingen ganz außerhalb des Beckens. Erst nach dieser Zeit beginnen sie ins Becken hinabzusteigen, wodurch eine spitzwinklige Mündung des Ileums in das Coecum zustande kommt. Tritt dann an dieser prädestinierten Stelle eine Invagination ein, so wirkt die Peristaltik im Sinne ihrer Weiterführung. Ferner werden grade nach den ersten Lebensmonaten fortwährend im Coecum und Colon Veränderungen an Gestalt und Größe beobachtet, die auch leicht zu Invagination Veranlassung geben können. Verf. hat außerdem oft bei Kindersektionen (aber nie bei solchen von älteren Kindern) gesehen, daß die Schleimhautbekleidung der Ileocoekalklappe gelockert war und sich in das Coecum vorwölbte. Er hält es für möglich, daß durch ihr Hineingleiten ins Lumen des Coecums eine Invagination ausgelöst werden kann. Eine weitere Prädisposition bildet die Beweglichkeit des Coecums, verursacht durch das Vorhandensein eines ansteigenden Mesokolons, wie man es zuweilen bei kleinen Kindern sieht.

Verf. verfügt über 59 Fälle. In 76,3 $^0/_0$ war die Invagination ileo-coecal. In 5 $^0/_0$ bestand Invaginatio iliaca, in 3,4 $^0/_0$ colica und in 1,7 $^0/_0$ ileo-colica. In 13,6 $^0/_0$ war die Invagination gemischt. Die meisten Kinder waren in bestem Gesundheitszustand. 74,6 $^0/_0$ waren männlich, 2,45 $^0/_0$ weiblich. 6,8 $^0/_0$ waren unter 4 Monaten alt, 62,7 $^0/_0$

zwischen 4 und 7, 20,3 % zwischen 8 und 12, 3,4 % zwischen 12 und 24 Monaten, 6,8 % älter.

Heilung wurde in 45,7 % erzielt. 54,3 % starben. In 23,7 % mußte eine Darmresektion vorgenommen werden; alle Kinder starben; der Grund dafür mag in der zu späten Einlieferung zu suchen sein. Durchschnittlich vergingen 21 Stunden vom Beginn der Symptome bis zur Operation bei den Geheilten, 39 Stunden bei den Verstorbenen. 63,3 % von den innerhalb der ersten 24 Stunden Operierten genasen, 28,5 % von den später Operierten.

Als klassische Symptome stellt D. fest: Plötzlicher Beginn mit kolikartigem Schmerz und Schrei. Dann intermittierender Schmerz. Nach 24 Stunden meist Abklingen des Schmerzes — der Patient wird schläfrig (Stadium der Darmparalyse). Als zweites sehr wichtiges Syptom kommt heftiges und wiederholtes Erbrechen, als drittes Abgang von Blut oder blutigem Schleim aus dem Rektum in Betracht (tritt meist erst nach 4—5 Stunden auf). Die Kinder sind meist mehr oder weniger kollabiert, das Abdomen ist mäßig ausgedehnt und frei mit der Atmung beweglich. In 57 von den 59 Fällen konnte der Invaginationstumor festgestellt werden, 5 mal im oberen Teil des Abdomens, 24 mal rechts, 28 mal links. In 29 Fällen war er vom Rektum aus zu fühlen.

Als Therapie kommt nur sofortige Laparotomie in Betracht. Verf. rät dringend davon ab, Zeit mit Einblasen von Luft oder Wasser in den Darm zu verlieren. Er lagert den Tumor nach außen und sucht den invaginierten Teil von unten her durch Druck auf die Invaginationsscheide herauszudrücken. Liegt das Ileum in ansteigender Lage zum Coecum und wird Rückfall befürchtet, dann rät Verf., das Mesenterium mit dem ansteigenden Mesokolon durch Catgut zu vereinigen.

D. rät davon ab, nach der Operation Opiate zu gebrauchen. Eher ist ein mildes Purgans zu empfehlen, das die Paralyse des Darms leicht beseitigt, während sie durch Opiate verstärkt werden kann. Sehr wesentlich ist, daß die Brustkinder möglichst bald wieder Brust bekommen.

Fischer-Defoy (Kiel).

P. N. Hansen (Däne), Die Behandlung der akuten Darminvagination bei Kindern. (Aus der ersten Abteilung des Kommunehospitals in Kopenhagen, Vorstand: Prof. E. A. Tscherning.) (Bibliotek for Läger. Juli 1906.) Das Material umfaßt 23 Kinder; 13 Mädchen, 10 Knaben. Das jüngste Kind war 3 Monate, das älteste 8 Jahre alt. 10 von den Patienten hatten Diarrhöe, nur 3 Obstipation kürzere oder längere Zeit voraus. Von den 23 Patienten genasen 13, während 10 starben. 16 hatten ileo-coecale, 3 Dickdarm-, 2 Dünndarminvaginationen, 1 hatte eine Invagination ileo-colica, 1 eine Invaginatio iliaca-ileo-coecalis. Bei einem Knaben mit einer gewöhnlichen Ileocoecalinvagination war zugleich eine aszendierende Dickdarminvagination vorhanden. Bei 6 Patienten wurden allein unblutige Eingriffe angewandt (Wassereingießung per Rektum, Massage der Invaginationsgeschwulst, gewöhnlich in Narkose), 3 von diesen genasen, 3 starben; der eine von den Gestorbenen war von seiner Invagination

befreit worden, aber starb an einer heftigen Gastroenteritis, bei den 2 andern glaubte man die Invagination geheilt zu haben (der eine war 4, der andere 5 Monate alt, es handelte sich um Ileocoecalinvagination von der Dauer von 24 Stunden), aber der eine starb nach einigen Stunden und der andere am folgenden Tage. In beiden Fällen ergab die Sektion das Vorhandensein einer großen Invaginatio ileocoecalis. Bei 11 Patienten wurde Laparotomie vorgenommen, nachdem es durch die unblutigen Methoden nicht gelungen war, die Invaginationsgeschwulst zu entfernen, von diesen 11 wurden 7 geheilt, 4 starben, das unglückliche Resultat in den 2 Fällen sucht der Verf. in dem Umstand, daß die Laparotomie nicht unmittelbar der unblutigen Behandlung folgte. In 6 Fällen wurde primäre Laparotomie gemacht, 3 wurden geheilt, 3 starben (diese 3 Fälle waren 1. 4 Tage dauernde Dünndarminvagination mit Darmgangrän und beginnender Peritonitis [Darmresektion], 2. 5 Tage dauernde Ileocoecalinvagination nebst aszendierender Dickdarminvagination mit Darmgangrän und Pneumonie [Enterostomie], 3. 30 Stunden dauernde Ileocoecalinvagination [Reposition schwierig, starb am folgendem Tage an Peritonitis]).

Der Verf. zieht aus seinen Fällen die Lehre, daß man immer die primäre Laparotomie anwenden soll. Durch die unblutigen Verfahren kann man nach seiner Meinung nicht sicher entscheiden, daß die Invagination geschwunden ist, und der Erfolg der primären Laparotomie ist viel besser als der Erfolg der sekundären.

Adolph H. Meyer (Kopenhagen).

E. Fenouillière, Traitement de l'invagination aigue chez l'enfant du premier âge. (Thèse de Paris. 1906.) Ein frühzeitiges und wichtiges diagnostisches Zeichen ist die Melaena, welche schon auf die Invagination hinweist, wenn noch kein Tumor und keine Darmobstruktion aufgetreten sind. Als Behandlung gibt oft die rektale Infusion mit lauwarmem Wasser gute Resultate und ist genügend, um die Invagination auszudehnen. Man chloroformiert das Kind und führt einen Nélatonschen Katheter möglichst hoch hinauf ein. Dem Ausfließen der eingespritzten Flüssigkeit wird durch das Zusammendrücken der Gesäßbacken entgegengewirkt. Doch ist diese Behandlungsmethode nur für die ersten 36 Stunden anzuempfehlen, später, oder wenn dieselbe keine Resultate ergibt, muß chirurgisch eingeschritten werden. Nach vorgenommener Laparotomie werden die invaginierten Teile reponiert, was für die meisten Fälle genügend ist, besteht aber eine irreduktible Invaginierung, Gangrän oder Perforation, so muß die Resektion vorgenommen werden.

E. Toff (Braila).

Ingenuris Sörensen (Däne), Darminvagination. (Hospitalstidende. Nr. 8. 1906.) 6 Fälle, im Verlaufe des letzten Jahres im Bezirkskrankenhaus zu Aarhus beobachtet. 4 Patienten wurden durch Operation geheilt. (5 Monate alter Knabe. Invaginatio ileocoecalis. Laparotomia c. desinvaginatione 22 Stunden nach dem Anfang der Symptome. — 8jähriges Mädchen. Invaginatio ilei. Laparotomia c. resectione intestini ilei et enteroanastomose 3 Wochen nach dem Anfang der Syptome. — 12jähriger Knabe. Invagi-

natio ileo-coecalis. Laparotomia c. desinvaginatione am 12. Krankheitstage. — 14jähriges Mädchen. Invaginatio ileo-coecalis chronica. Laparotomia c. desinvaginatione et resectione ilei et coli et anastomose ileo-colica $2^1/_4$ Monate nach dem Anfang der Krankheit.) Zwei starben, ein $1^1/_2$ jähriger Knabe mit Invaginatio ileo-coecalis an Bronchopneumonie 4 Tage nach der operativen Desinvagination, und ein 7 Monate alter Knabe am 4. Krankheitstage im Anschluß der Operation (Laparotomia c. enterostomia) 2 Tage nach einer anscheinend gelungenen unblutigen Reposition. Adolph H. Meyer (Kopenhagen).

H. Hirschsprung, 107 Fälle von Darminvagination bei Kindern, behandelt im Königin Luisen-Kinderhospital in Kopenhagen während der Jahre 1871—1904. (Mitteilungen aus den Grenzgebieten der Medizin und Chirurgie. 1905. Bd. 14.) Die Darminvagination der Kinder bildete bereits auf verschiedenen Kongroßen Gegenstand des Referates und eifrigster Diskussion, so zuletzt in Kassel 1903, wo H. über 96 Fälle berichten konnte. Bis November 1904 hat die Zahl der von ihm beobachteten Fälle 107 erreicht. Vor allen Dingen ist es auffallend, daß das Vorkommen der Krankheit an Örtlichkeiten, Länder usw. geknüpft ist. So scheint besonders in England, weniger in Deutschland, ein gehäuftes Auftreten beobachtet zu sein; an der Spitze scheint allerdings in dieser Hinsicht Kopenhagen zu stehen, wo H. seine Fälle gesehen hat, deren Zahl diejenige aller übrigen auf dem Kasseler Kongreß mitgeteilten Fälle um mehr als das Doppelte übertrifft. Wie diese Variationen im örtlichen Vorkommen zu deuten sind, bleibt vorerst unklar.

Auf Grund der Statistik von H. scheinen Knaben häufiger von der Krankheit befallen zu werden als Mädchen, das Verhältnis war 7,7 : 3,0. Meist handelt es sich um Kinder unter 1 Jahr. Der Ernährungszustand pflegt fast stets auffallend gut zu sein.

Unter den ätiologischen Momenten spielt die habituelle Obstipation die Hauptrolle; in solchen Fällen bildet sich die Invagination in der Regel im Dickdarm aus.

Weit seltener ging ein Darmkatarrh mit häufigen dünnen Entleerungen der Krankheit voraus. Auch Traumen, körperlicher wie psychischer Natur, scheinen in manchen Fällen eine ätiologische Rolle gespielt zu haben; H. weist weiterhin auf den ätiologischen Zusammenhang von Geschwülsten (Polypen) der Darmwand, von diffusen Blutungen im Darmparenchym, von Darmdivertikeln und Proc. vermiformis zur Darminvagination hin. Neigung zu Rezidiven besteht nicht.

Von größtem Interesse sind H.s Mitteilungen über die Behandlung der Krankheit: hat man doch auf der Naturforscherversammlung Kassel 1903 dieselbe fast ausschließlich dem Chirurgen in die Hand legen wollen. Allerdings waren die operativen Resultate keineswegs ermutigend. H. hat fast alle Fälle auf internem Wege angegriffen und dabei 60,75% Heilungen erzielt.

Die Therapie bestand in: Chloroformierung, Taxis, Wassereinspritzung mit Klysopompe. Diese Behandlung, besonders die Wassereinspritzung, konnte jedoch nur bei Dickdarminvagination Erfolg haben, der Wasserdruck hat auf den Dünndarm keinen Einfluß; in der Tat

und andere Gewürze; dagegen warnt er entschieden vor allen alkoholischen Getränken.

Alkalische Wasser sollen nur bei saurem Urin verabreicht werden, bei alkalischem Urin nur Säuerlinge. Bei gleichzeitiger Anwendung von Medikamenten sieht E. auch keinen Vorteil von größerer Flüssigkeitszufuhr. Der Urin soll zwar niemals eine zu große Konzentration annehmen, „aber auch nicht dauernd in zu hohem Maße diluiert“ werden. Starck.

H. Tischler, Über die praktische Ausführung der kochsalzarmen Ernährung. (Aus der Prof. Straussschen Poliklinik in Berlin.) (Therap. Monatshefte. April 1906.) Bekanntlich hat H. Strauss zuerst die Aufmerksamkeit auf die diätetische Bedeutung der Kochsalzfrage bei der Behandlung der Nephritis gelenkt und die Forderung gestellt, daß man bei gewissen Formen der Nephritis, so insbesondere bei der chronisch parenchymatösen, und in gewissen Stadien der Krankheit, d. h. beim Vorhandensein oder Drohen von hydropischen Ergüssen, die Salzzufuhr einschränken und die Salzausfuhr künstlich steigern soll. Es ist, speziell für die nephrogenen Hydropsien, jetzt diese Forderung fast allgemein anerkannt, weshalb die Technik der kochsalzarmen Ernährung hohe praktische Bedeutung gewonnen hat. Fest steht bereits, daß der Mensch für die Dauer ohne Schädigung seiner Gesundheit mit nur geringen Mengen von Kochsalz auskommen kann. Strauss hat nun schon früher auf die Kochsalzarmut der Milch, des Reis, der Eier und der ungesalzenen Butter hingewiesen, sowie auf die des unzubereiteten Fleisches. F. hat nun genauere Berechnungen angestellt. Bei diesen Untersuchungen ergab sich als Kochsalzgehalt der Rohsubstanz ein

Kochsalzgehalt von 0,1 % und weniger

bei Fleisch, Hecht, Gelbei (0,02 %), ungesalzener Butter, Kufekes und Rademanns Kindermehl, bei den verschiedenen Getreidesorten und rohen Gemüsearten — von letzteren haben einen etwas höheren Kochsalzgehalt Linsen, Sellerie, Spinat und Kopfsalat —, ferner bei Reismehl, Buchweizengries, Kartoffeln, Pilzen, Obst (welch letzteres nur ausnahmsweise einen höheren Kochsalzgehalt als 0,05 % zeigte).

Kochsalzgehalt von 0,1—0,2 %.

Während Ei als Ganzes einen Kochsalzgehalt von 0,14 % besitzt, Milch einen solchen von 0,15—0,175 % und gesalzener Stockfisch von 0,19 % zeigt, fand sich

1—3 % Kochsalz

bei fast sämtlichen Käsesorten. Von Rohmaterialien mit

mehr als 2,5 % Kochsalz

nennt T. rohen Schinken (4,15—5,86 %), gekochten Schinken (1,85 bis 5,35 %), Schlackwurst (2,77 %), gesalzenen Hering (14,47 %), Lachs (10,87 %), gesalzene Sardellen (20,59 %), Kaviar (6—20 %).

Von tischfertigen Speisen interessieren zunächst die Brotsorten, Bouillon, Suppe, Fleisch und Gemüse. Für Zwieback zeigte sich ein Kochsalzgehalt von 0,38 %, für Weißbrot von 0,48—0,7 %, für Schwarzbrot von 0,75 %, für Bouillon 0,55—1 %, Suppen 0,34 bis 0,9 %, Saucen 0,7—1,5 %, Kartoffelbrei 0,9—1,4 %. Von Eierspeisen enthielt Rührei in dem für eine Person berechneten Quantum 2,4 g,

Setzei 0,5 g, Eierkuchen 2,7 g; der Kochsalzgehalt der für eine Person berechneten Fleischmenge schwankte zwischen 2—3 g, bei gekochten Fisch bis 4 g. Von Gemüsen enthielten weniger als 1 g in der für eine Person berechneten Menge: Blumenkohl, grüner Salat, Morcheln und Champignons; 1—1,5 g Gurken- und Tomatensalat; 3—3,5 g Spinat, Spargel, Kohlrabi, saure Linsen.

Es zeichnen sich also Milch, Eier, Pilze, Obst, Beerenfrüchte, Gemüse und Mehle durch sehr geringen Kochsalzgehalt aus. Das Fleisch, an sich sehr kochsalzarm, erhält durch die Zubereitung in der Regel hohen Kochsalzgehalt, und es ist Sache der Küche, letzteren möglichst einzuschränken. Dasselbe gilt für Brot. Zwieback enthält am wenigsten Kochsalz, immerhin aber noch ziemlich erheblich. Deshalb hat Strauss bei Rademann ein kochsalzfreies Brot (nur 0,01—0,02 %) herstellen lassen, das, mit Butter genossen, nicht schlecht schmeckt. Von Eiern verdienen Setzeier den Vorzug, von Gemüsen Blumenkohl und Pilze. Bouillon enthält in einer Menge von 250 bis 300 ccm mehr als 1 1/2 g Kochsalz und sollte auch aus anderen Gründen (Extraktivstoffe!) ausgiebig durch Obst-, Milch- und Mehlsuppen ersetzt worden. Butter ist ungesalzen zu genießen.

Von Mineralwässern sind arm an Kochsalz Gleichenberger, Wildunger (Georg-Viktorquelle), Gießhübler, Neuenahrer. Grätzer.

West, Ein Fall von pseudorenaler Wassersucht. (Lancet. 23. Juni 1906. Bd. 1.) Der 20 Monate alte Knabe wurde mit starkem Anasarka in das Hospital gebracht. Der Urin enthielt keine Spuren von Albumen. Der ganze Körper war ödematös, das Abdomen erweitert, tympanitisch, frei von Flüssigkeit, die Leber überragte den Rippenbogen in der Mammillarlinie um einen Zoll. Die Milz war nicht palpabel und alle übrigen Organe schienen gesund zu sein. Das Kind war tiefbleich und schwach. Einen Monat zuvor hatte das Kind Masern überstanden, die von häufigen und starken Durchfällen gefolgt waren. 10 Tage vor der Aufnahme begann die Schwellung des Gesichts und des ganzen Körpers, die rasch zunahm und einen beträchtlichen Grad erreichte. Andere Symptome bot das Kind nicht, nach der Aufnahme bestand keine Diarrhoe, die Nahrungsaufnahme war eine gute, und die Besserung erfolgte schnell bei Bädern und Diureticis. Innerhalb einer Woche war das Ödem der Beine und des Rumpfes geschwunden und nach wenigen Tagen mehr auch das Odem des Gesichts. Verf. hebt es als bemerkenswert hervor, daß das Ödem vom Gesicht zuletzt verschwand. Es bestand eine geringe Leukozytosis durch geringe Vermehrung der Lymphozyten ohne wesentliche Verminderung der roten Blutkörper. Das Ödem hatte nicht den Typus des kachektischen. Es war vielmehr den bei akuter Nephritis vergleichbar. Die klinische Geschichte und der Verlauf bewiesen den nicht renalen Ursprung. Das Ödem war vielmehr das Resultat einer schweren Masernerkrankung bei einem bisher gesunden Kind und war die Folge einer durch heftige Diarrhöen herbeigeführten Unterernährung. H. Netter (Pforzheim).

Askanary, Profuse Hämaturien und kolikartige Schmerzen bei Nephritis. (Zeitschr. f. klin. Med. Bd. 58. Heft 5 u. 6.) Über

die Entstehungsweise der bei Nephritis so häufig zu konstatierenden Ekchymosen der Nierenbeckenschleimhaut und des Nierengewebes selber hat sich der Verf. die Vorstellung gebildet, daß entzündlich veränderte Nieren eine gewisse Neigung zu Kongestionen zeigen, wodurch der bei Nephritis ohnehin erhöhte arterielle Druck noch weiter gesteigert wird. Dadurch kommt es infolge der veränderten Beschaffenheit der Gefäßwände, die eine abnorme Durchlässigkeit zur Folge hat, leicht zur Diapedese und zu Blutaustritten ins Gewebe. Die Ekchymosen bei Nephritis sind demnach als Residuen voraufgegangener Kongestionen aufzufassen und die Massenblutungen bei Nephritikern auf dieselbe Ursache zurückzuführen. Natürlich sind die Kongestionen bei Nephritis verschiedenen Grades; leichtere führen nur zu vorübergehenden Injektionen, heftigere zu längerdauernden Ekchymosen. Sind die Kongestionen sehr stürmisch, so kommt es zu profusen Hämaturien und kolikartigen Schmerzen.

Freyhan (Berlin).

Ponfick, Über Morbus Brightii. (Verh. d. deutsch. path. Ges. in Meran 1905.) Vom pathologisch-anatomischen Standpunkte tritt P. für eine Unterscheidung der Nierenkrankheiten von ätiologischen Gesichtspunkten aus ein. Um dies möglich zu machen, ist ein möglichstes Zusammenarbeiten zwischen Anatomen und Klinikern nötig. Die Einteilung in parenchymatöse und interstitielle Nephritis sei nicht gut, da eine solche Trennung auch anatomisch meist unmöglich sei; selten seien interstitielles und parenchymatöses Gewebe allein erkrankt. P. führt einige Beispiele an, in denen durch ähnliche Stoffe verschiedene Stellen des Nierengewebes ergriffen werden. Ausführlich bespricht er die Entstehung der Schrumpfniere, die schon histologisch auf die verschiedenste Weise zustande kommen kann.

Bennecke (Jena).

Friedrich Müller, Morbus Brightii. (Verh. d. deutsch. path. Ges. in Meran 1905.) M. tritt vom klinischen Standpunkt aus gleichfalls für eine Einteilung der Nierenerkrankungen, die unter dem Namen Morbus Brightii zusammengefaßt werden, von ätiologischen Gesichtspunkten aus ein, wobei er besonders hervorhebt, daß klinisch die alte Einteilung in akute und chronische, parenchymatöse und interstitielle noch schwieriger als anatomisch, ja meist unmöglich ist. Selbst die modernen Untersuchungen mit Blutdruckmessungen, Gefrierpunkt- und Chlorausscheidungsbestimmungen haben daran nichts geändert. Und doch ist eine genaue Kenntnis der Nierenerkrankung prognostisch von größtem Werte. Wie viele Schwierigkeiten der Einteilung der Nierenerkrankungen von ätiologischen Gesichtspunkten aus noch entgegenstehen und wie viele Beobachtungen noch nötig sind, weist M. an vielen Beispielen nach.

Bennecke (Jena).

Pässler u. Heineke, Versuche zur Pathologie des Morbus Brightii. (Verh. d. deutsch. path. Ges. in Meran 1905.) Verff. exstirpierten Hunden in mehreren Sitzungen den größten Teil der Nieren, so daß die Tiere noch eine Zeitlang — bis zu 9 Monaten — leben konnten. Verff. konnten dadurch Krankheitsbilder erzeugen, die mit dem Symptomenkomplex der Schrumpfniere größte Ähnlichkeit hatten.

Gelang es, die operierten Tiere lange genug im Zustande der Niereninsuffizienz zu halten, ohne daß sie alsbald kachektisch wurden, so entwickelte sich in den meisten Fällen Hypertrophie des linken Ventrikels. Die nach Nierenverkleinerung einsetzende Polyurie entwickelte sich unabhängig von der Herzhypertrophie, sie kann sogar ebenso wie bei Diabetes mellitus oder Diabetes insipidus ohne Blutdrucksteigerung bestehen. Bennecke (Jena).

Gotthold Herzheimer, Über Zystenbildungen der Niere und abführenden Harnwege. (Virchows Archiv. Bd. 185. Heft 1.) H. teilt die umfangreiche, mit ausführlicher Literatur versehene Arbeit in drei Kapitel: 1. Zystennieren. 2. Nierenzysten. 3. Urethritis (Cystitis) cystica. Die Zystennieren faßt H. als Folge eines Vitium primae formationis auf und schlägt vor, sie zu den Hämatomen zu rechnen, da sie, auf Mißbildung beruhend, den Tumoren nahestehen, und durch diese Benennung eine Verständigung über die derzeitige Anschauung ihrer Pathogenese schneller ermöglicht wird. Als Schlußfolgerung aus dem zweiten Kapitel, das von anderer Seite ausführlich bearbeitet werden soll, ergibt sich, daß die Zysten der Niere durch entwicklungsgeschichtliche Hemmungen zu erklären sind. Die Zysten des Nierenbeckens und der Harnblase sind das Produkt chronischer, nicht bakterieller Entzündung, indem es an den fraglichen Stellen zu einer Proliferation des Oberflächenepithels kommt; die anfangs soliden Zellsprossen (Brunnsche Epithelnester) zerfallen ohne Schleimbildung zentral und werden so zu Zysten. Bennecke (Jena).

Hermann Legrand (Alexandrie), Les abscès du foie chez l'enfant. (Archives de méd. des enf. 1906. Nr. 3/4.) Der Verf. hat aus der Literatur, der eigenen Beobachtung und den Auskünften zahlreicher Kollegen aus Ägypten, 112 Fälle von Leberabszeß bei Kindern zusammenstellen können und gefunden, daß die Krankheit nicht so selten im Kindesalter vorkommt, als man gemeinhin annimmt. Die zahlreichsten Abszesse treten im Laufe von Dysenterien auf, und bildet diese Ätiologie etwa ein Viertel aller Fälle; es folgen dann die durch Trauma, Appendizitis, Tuberkulose, Typhus und Askariden hervorgerufene Abszesse. In seltenen Fällen ist Nabelphlebitis, Pyohämie und Influenza die veranlassende Ursache.

In symptomatischer Beziehung wird hervorgehoben, daß die Krankheit sich durch einen heftigen Schmerz in der Lebergegend mit Ausstrahlung in die rechte Schulter kundgibt; es bestehen sehr hohes, remittierendes Fieber, Appetitlosigkeit, Frösteln, nächtliche Schweiße, Erbrechen und häufig diarrhoische Stuhlentleerungen. Die Leberdämpfung vergrößert sich sehr rasch und es entwickelt eine oft enorme Vorwölbung der Gegend oder auch eine zirkumskripte kuppelförmige Erhöhung im Hypochondrium oder Epigastrium. Letztere Erscheinungen sind viel ausgesprochener als bei Erwachsenen infolge der größeren Nachgiebigkeit der Rippenwand. Meist besteht subikterische Farbe, namentlich bei den dysenterischen Abszessen, während wahrer Ikterus häufig bei appendikulären, septischen oder Wurmabszessen zur Beobachtung gelangen. Oft verlaufen Leberabszesse bei Kindern in latenter Weise und werden deren Symptome von

denjenigen der Hauptkrankheit überdeckt. Die zytologische Untersuchung des Blutes, und wenn notwendig, eine Probepunktion der Leber geben in vielen Fällen wichtige Aufschlüsse: Verwechslungen mit Abszessen der Nachbarorgane, namentlich mit infra-diaphragmatischen oder perihepatischen Abszessen sind möglich.

Die Statistik zeigt, daß die meisten Heilungen durch die chirurgische Behandlung erzielt werden; die Punktion kann nur als diagnostisches Mittel angesehen werden. Man macht einen breiten Einschnitt, indem man sich bezüglich der Richtung an die Explorationsnadel hält; bestehen keine Adhärenzen, so ist das Annähen des betreffenden Leberteiles an das parietale Peritoneum vor der Inzision des Abszesses anzuempfehlen. Bei hochliegenden Abszessen oder solchen des rechten Leberlappens wird am besten der transpleurale Weg gewählt. E. Toff (Braila).

M. Spolverini, Beitrag zum Studium der Ätiologie und Pathogenese der kindlichen Leberzirrhose. (Rivista di Clinica Pediatrica. März 1906.) Verf. teilt zunächst zwei Fälle von Alkoholzirrhose mit, der eine ein 22 Monate altes, von Trinkern stammendes Kind, das von den ersten Lebenstagen an täglich einen Löffel Wein bekommen hatte, der andere einen 7 Jahre alten Knaben betreffend, dessen Vater gleichfalls Potator war und der seit dem dritten Jahre täglich bis 300—400 g Wein trank und sich bei jeder festlichen Gelegenheit betrank. In einem dritten Fall handelte es sich um eine hypertrophische Zirrhose mit chronischem Ikterus, bei dem Ätiologie und Pathogenese absolut unklar war. Ein vierter Fall wird als „toxisch-infektiöse Zirrhose von der Haut herstammend" bezeichnet. Er betraf ein 18 Monate altes Kind, das seit dem zweiten Monat an einer den ganzen Körper bedeckenden Hauterkrankung, die als nässendes Ekzem bezeichnet wird, litt. Nach Ausschluß aller anderen denkbaren ätiologischen Momente kommt Verf. zu dem Schluß, daß es sich hier um eine Hepatitis infektiösen Ursprungs gehandelt habe, ebenso wie man häufig bei Kindern mit chronischem Ekzem eine Nephritis fände. Der Fall kam zum Exitus und die Sektion bestätigte die Diagnose der Leberzirrhose. F.

Carazzani u. Brunazzi, Über die Ätiologie der Leberzirrhose im Kindesalter. (La Pediatria. November 1905.) Verf. berichtet einen ein 4 Monate altes Kind betreffenden Fall. Das Kind hatte starken Aszites; bei der Punktion entleerten sich mehr als $1^1/_2$ Liter einer klaren gelblichen Flüssigkeit. Danach konnte man konstatieren, daß die Leber ganz erheblich an Volumen reduziert war. Wider Erwarten ging der Fall in Heilung aus. Als ein Zeichen der Stauung im Pfortadersystem ist es aufzufassen, daß auch nach der Heilung der Milztumor bestehen blieb. Verf. bespricht dann noch die Differentialdiagnose gegenüber der chronischen Peritonitis, der Hepatitis interstitialis syphilitica, der Pyelophlebitis adhaesiva chronica und Thrombose der Pfortader. F.

Guido Berghinz, Postdysenterische Leberzirrhose. (Rivista di Clinica Pediatrica. März 1906.) Verf. gibt die Kranken-

geschichte, sowie ausführlichen Sektionsbericht nebst histologischen Befunden eines einen 5jährigen Knaben betreffenden Falles. F.

Francis Harbitz (Norweger), Akute gelbe Leberatrophie von infektiösem Ursprung (Streptokokken). (Norsk Magazin for Lägevidenskaben. 1906. Nr. 1.) Ein 6jähriger Knabe bekam nach einer Angina Unterleibsschmerzen und nach und nach zunehmenden Ikterus mit Fieber. Nach 4 Wochen Exitus. Bei der Sektion fand man schweren Ikterus ohne mechanisches Hindernis für den Gallenabfluß. In der Leber, die das gewöhnliche Bild akuter gelber Atrophie darbot, überall Streptokokken. Schwellung der Milz, in welcher Streptokokken in Reinkultur. Ecchymosen des Pericardium und der Darmschleimhaut. Fettartige und parenchymatöse Degeneration des Herzens und der Nieren. Oedema pulmonum.

Adolph H. Meyer (Kopenhagen).

A. H. Wentwerth, A Case of Acute Yellow Atrophy of the Liver in a Child Five Years Old. (Archives of Ped. February 1906). Patient soll, als er 18 Monate alt war, an Peritonitis tuberculosa gelitten und nach 6monatlicher Behandlung, ohne Operation, geheilt worden sein. 2 Jahre später machte er eine kruppöse Lungenentzündung durch und schien danach recht wohl bis 3 Wochen vor seinem Tode. Die fatale Krankheit fing an mit leichter Gelbsucht und milden Symptomen von Magenbeschwerden. Bis 4 Tage vor seinem Tode war der Junge auf seinen Füßen und ging erst zu Bett auf Anraten des behandelnden Arztes, nachdem die Symptome durch Eintreten von Delirium sich verschlimmert hatten. Die Diagnose wurde erst post mortem gestellt. Die Leber war nicht verkleinert, die Sektion derselben ergab Flächen von hellgrüngelber Farbe auf dunkelrotem Hintergrund. Drei Viertel der Leberzellen waren gänzlich vernichtet, makroskopisch jedoch war diese ungeheuere Destruktion der Leber nicht sichtbar. H. B. Sheffield.

Guinon (Paris), Entérites et appendicite chez l'enfant. (Revue mens. des malad. de l'enfance. Août 1906. S. 337.) Während beim Erwachsenen eine akute Appendizitis relativ selten im Verlaufe einer schleimig-membranösen Enterocolitis auftritt, ist beim Kinde gerade das Gegenteil der Fall, ja man kann sagen, daß es bei demselben keine Appendizitis ohne Enteritis gibt. G. hat 28 Appendizitisfälle aus seiner Praxis zusammengestellt und bei 23 gefunden, daß eine Enteritis in einer Form, in irgend einer näheren oder entfernteren Vergangenheit vorangegangen war.

Alle Enteritisformen, welche der Appendizitis vorangehen, sind im Dickdarme lokalisiert und unterscheiden sich hauptsächlich dadurch von der analogen Krankheit beim Erwachsenen, daß meistens der Schmerz fehlt oder unbedeutend ist, während ein ausgesprochenes Schmerzgefühl meistens das Symptom einer Appendizitis darstellt. Oft handelt es sich um einen vorübergehenden, nicht genau lokalisierten Schmerz, in anderen Fällen wird derselbe nur durch die Palpation fühlbar gemacht.

Unter den hier in Betracht kommenden Enteritisformen sind zu

verzeichnen: akute, schleimige oder dysenteriforme Enteritiden, chronische mit intermittierender schleimig-membranöser Ausscheidung, endlich solche, wenn auch seltene Formen, bei denen Verstopfung vorangegangen war, doch ist dies nur ausnahmsweise zu beobachten.

Der Entwicklungsmodus der Appendizitis dürfte der einer Fortleitung der primären Darmentzündung sein, und tritt diese Komplikation entweder im Anschlusse an eine Enteritis oder nach einigen Wochen, selbst Monaten nach einer solchen auf.

Ein Punkt, auf welchen der Verf. besonders aufmerksam macht, ist das Vorangehen von Infektionen des Nasenrachenraumes vor Entwicklung der Appendizitis; in 17 von seinen 28 Fällen konnte er derart eine akute oder chronische Tonsillitis oder Angina mit eitriger Sekretion beobachten. Es ist anzunehmen, daß diese Infektionen des Nasenrachenraumes die Appendizitis auf dem Wege der Enteritis bewirken, die sogenannten grippalen Appendizitiden von Merlen und Faisans.

Die Prophylaxis der Appendizitis beim Kinde verlangt also eine genaue Behandlung vorkommender Enteritiden, eine entsprechende amylo-vegetariane Diät und wiederholte Purgierungen, andererseits eine genaue Behandlung pharyngealer Erkrankungen.

Zum Schlusse seines Aufsatzes gibt G. die Krankengeschichten seiner einschlägigen Fälle. E. Toff (Braila).

A. Broca (Paris), Appendicites consécutives aux entérites de l'enfance. (Revue prat. d'obst. et de paediatrie. Juillet-Août 1906.) Der Verf. ist der Ansicht, daß bei Kindern eine Enterocolitis zu Appendizitis führen kann, und daß jene Patienten, welche an akuten oder chronischen Entzündungen des Darmes leiden, eine Entzündung ihres Wurmfortsatzes bekommen können. Fast immer handelt es sich um Infektionen der Darmschleimhaut, sei es, daß dieselbe mitten im Gesundheitheitszustande einsetzt oder sich auf Grundlage einer chronischen schleimig-membranösen Enteritis entwickelt.

Oft ist es schwierig, den Augenblick festzustellen, wann eine Enteritis sich mit Appendizitis kompliziert, doch gibt es einige Symptome, wie die schmerzhafte Verhärtung der Ileo-coekalgegend, die reflektorische Resistenz der Bauchmuskel, das Erbrechen grüner Massen, welche die Aufmerksamkeit auf den Wurmfortsatz hinlenken müssen.

In chronischen Fällen sind es wiederholte, namentlich rechts lokalisierte Koliken, febrile gastrische Erscheinungen mit Erbrechen, eine schmerzhafte Schwellung des Punktes von Mac Burney, welche auf den wahren Sachverhalt hindeuten.

Unter den 33 Fällen, die B. operiert hat und bei welchen sich eine Verbindung mit einer Entero-Colitis muco-membranacea feststellen ließ, gibt es solche, wo die Appendizitis sich auf einer alten Enteritis ohne Abscheidung von schleimig-fetzigen Massen entwickelt hatte, solche, bei welchen derartige Evakuationen in einer näheren oder entfernteren Vergangenheit festgestellt werden konnten, und solche, bei welchen letztere auch nach der Operation fortbestanden. Doch auch in diesen Fällen konnte durch den chirurgischen Eingriff eine

erhebliche Besserung des Zustandes erzielt werden, so daß derartige Fälle keinen Beweis für einen diagnostischen Fehler abgeben, um so mehr als in allen diesen anatomische Veränderungen des Wurmfortsatzes gefunden wurden. E. Toff (Braila).

P. Ragaine, L'appendicité vermineuse. (Inaugural-Dissertation. Paris 1905.) Verschiedene Darmparasiten, wie Ascaris, Trichocephalus oder Oxyuris, können Ulzerationen des Coecums hervorrufen und im weiteren Verlaufe, durch Sekundärinfektion, zu Appendizitis führen. Man soll daher gegebenenfalls an diese Ursache denken, da die Ausstoßung der Würmer oft von Heilung der Darmaffektion gefolgt ist. Prophylaktisch wäre das zeitweise Verabfolgen von vermifugen Mitteln anzuempfehlen. E. Toff (Braila).

Korach (Posen), Über Früh- und Fehldiagnosen der akuten Perityphlitis. (Deutsches Archiv f. klin. Med. Bd. 86. S. 19.) K. wendet sich in vorliegender Arbeit gegen die in der Perityphlitisfrage vorherrschende Tendenz, jeden Fall von Perityphlitis ohne Kritik dem Chirurgen auszuliefern. Zunächst weist er auf die absurde Forderung der Chirurgen hin, nach welcher jeder Perityphlitisfall innerhalb der ersten 48 Stunden operiert werden soll. Absurd ist die Forderung deshalb, weil die Perityphlitis keine plötzlich eintretende Krankheit ist, sondern vielmehr in weitaus der Mehrzahl der Fälle der Krankheitsprozeß langsam vorbereitet wird. K. stellt deshalb die Frage der Frühdiagnose in den Vordergrund und weist besonders darauf hin, welchen Irrtümern man in der Diagnose der Perityphlitis anheim fallen kann.

Er unterscheidet zwei Kategorien von Fehldiagnosen. Einmal diejenigen Fälle, in welchen eine Appendizitis als Ausgangspunkt einer peritonealen Infektion nicht erkannt worden ist. Diese Fehldiagnose wird im allgemeinen wenig Schaden stiften, da es sich der Chirurg zur Gewohnheit gemacht hat, nach Eröffnung des Leibes dessen ganzen Inhalt abzutasten, insbesondere aber nach dem Appendix zu sehen. Der Schaden wird um so geringer sein, als in der überwiegenden Mehrzahl solcher Fälle eine absolute Indikation zu einem chirurgischen Eingriff vorliegt.

Zur zweiten Kategorie gehören Fälle, in denen auf Grund der Annahme einer akuten Perityphlitis die Bauchhöhle eröffnet wird und die Autopsie zur Erkenntnis führt, daß weder eine Erkrankung des Appendix noch sonst eine die Laparotomie rechtfertigende Erkrankung des Abdomens vorhanden ist.

In Betracht kommen hier die Neuralgie des N. genito-cruralis, Hysterie, Ovarie, intumeszierte tuberkulöse Lymphknoten, ein Kalktumor, eine dislozierte Niere, Typhus und selbst akute Pneumonie.

K. teilt selbst die Krankengeschichten von drei eigenen Patienten mit, bei welchen mehrere Ärzte die Diagnose auf Perityphlitis stellten, bei welchen aber die Operation bzw. Sektion einmal eine Peritonealtuberkulose, einmal ein ins Kolon perforiertes Mesenterialsarkom, im dritten Falle aber überhaupt keinerlei Erkrankung im Abdomen ergab.

K. stellt deshalb zunächst das Postulat einer exakten Diagnose, insbesondere Frühdiagnose, bevor die Operation in Betracht gezogen

werden darf. Er weist dabei auf die großen Schwierigkeiten hin, welche einer frühen Diagnose entgegenstehen; so mißt er der subjektiven Schmerzempfindung nur geringen Wert bei, da einmal bei der Appendizitis die Schmerzen überall im Bauch sitzen können, andererseits Magenschmerzen, Lumbago, Ischias, Nephrolithiasis denselben Schmerz zu erzeugen imstande sind.

Der Druckschmerz ist zwar wertvoller für die Diagnose, doch erinnert K. daran, daß derselbe gerade bei Gangrän und Perforation durchaus fehlen kann. Vielfach ist eine exakte Prüfung durch Spannung der Bauchdecken unmöglich gemacht. Diese letztere kann ebenfalls nicht als untrügliches Zeichen angesehen werden, ebensowenig wie die Aufhebung der Bauchdeckenreflexe.

Endlich kann es sich immer noch um zwei Erkrankungen in der rechten Bauchhälfte handeln, so neben der Appendizitis um entzündliche Prozesse an der Gallenblase, Ren mobilis, Hydronephrose.

K. hofft, daß eine „Kasuistik der Irrtümer" die Diagnose der Appendizitis mehr fördern werde als die Statistiken chirurgischer Erfolge und Mißerfolge „durch zu späte Überweisung". Starck.

K. Landsteiner, Darmverschluß durch eingedicktes Mekonium. Pankreatitis. (Zentralblatt f. allg. Path. u. path. Anat. Bd. 16. Nr. 22.) Bei einem gesunden, spontan von einer gesunden Mutter geborenen Kinde ging bei und nach der Geburt kein Mekonium ab. Der Leib war aufgetrieben. In den drei nächsten Tagen nahm die Anschwellung zu; es ging kein Mekonium ab und Erbrechen nicht fäkulent riechender, grau-grünlicher Massen trat auf. Bei der jetzt vorgenommenen Gastroenterostomie entleert sich kein Mekonium. Das Erbrechen besteht weiter. Tod am fünften Tage. Bei der Sektion findet sich eine Peritonitis. Der Dünndarm ist stark gebläht, der Dickdarm aber kontrahiert. Im untersten Ileum findet sich nun eine an Glaserkitt erinnernde, grau-gelbe Masse, die noch in das Coecum ragt. Weiter nach oben nimmt der Darminhalt normale Konsistenz an. Die Darmwandung ist hier infolge starker Hypertrophie der Muscularis stark verdickt. Mikroskopisch fand sich am Darme außer Druckspuren, hervorgerufen durch das eingedickte Mekonium, und Leichenveränderungen nichts, das den Befund erklären könnte. Dagegen bestand im Pankreas eine chronisch interstitielle, zu Bindegewebsentwicklung führende Entzündung. L. nimmt nun an, daß das Fehlen des Pankreassekretes die Ursache für die Eindickung des Mekoniums sei. Dieses habe Darmverschluß herbeigeführt und sei indirekt der Anlaß der Hypertrophie der Muscularis in den höheren Darmabschnitten. Eine primäre Mißbildung des Darmes liege nicht vor.

Benecke (Jena).

Rankin, The Anatomy and Pathology of Intestinal Obstruction. (Brooklyn Medical Journal. June 1906.) Verf. gibt einen Überblick über alle Möglichkeiten, durch die ein Darmverschluß zustande kommen kann. Etwas ausführlicher behandelt er die Möglichkeiten der Entstehung einer partiellen Darmlähmung bei Peritonitis. Die Ursache hierfür ist oft in der schnellen Resorption der Toxine zu suchen. Fischer-Defoy (Kiel).

B. Hess, Intussusception in Infancy and Childhood. (Med. Rev. of Reviews. Vol. XII. Nr. 2.) Verf. überblickt die Literatur der letzten 10 Jahre. Im ganzen wurden 1028 Fälle mitgeteilt und unter diesen sind bloß 314 Fälle, die genaue Einzelheiten liefern. Soviel der Verf. von den Krankengeschichten entnehmen kann, waren 60 % der Kinder unter einem Jahre. Leibschmerzen erschienen als erstes Symptom der Invagination. Erbrechen und blutige Entleerungen fanden fast immer statt. Plötzlicher Kollaps trat sehr oft ein. Eine Geschwulst war fühlbar in den meisten Fällen. Die Temperatur stieg in 40 % der Fälle. 43 % der beobachteten Fälle starben ohne Operation, 30 %, die operiert worden sind, nachdem andere Hilfsmittel fehlgeschlagen hatten; dagegen starben bloß 8 % derjenigen Fälle, die sofort einer Operation unterzogen sind. H. B. Sheffield.

M'Gregor, Intussusception statistics and their story. (The Scottish Medical and Surgical Journal. Vol. XIX. Nr. 2. August 1906.) Es wird eine Übersicht über 123 in verschiedenen Hospitälern beobachtete Fälle gegeben. 74 % aller betrafen Kinder unter 12 Monaten. 72,4 % waren männlich, 27,6 % weiblich. 63 % starben. Bei denen, die 6 Stunden nach Eintritt der Beschwerden zur Operation kamen, gelang die Heilung in 60 %, bei den nach 12 Stunden kommenden in 73,3 %, nach 24 Stunden in 51,5 % und nach 48 Stunden in 26,6 %.

Drei Fälle wurden durch Taxis mittels der hydrostatischen Methode geheilt; bei mehr als 30 war sie negativ. Verf. steht unbedingt auf dem Standpunkt, sofort zu operieren. Die Reposition durch Laparotomie war in 52,6 % von günstigem Erfolg begleitet; dagegen gelang von den 32 Fällen, in denen eine Resektion von Darm oder ein ähnlich eingreifender Eingriff vorgenommen werden mußte, die Heilung nur in zweien.

Verf. tritt sehr für eine Methode ein, die einen Rückfall verhüten soll: Er näht das Mesenterium in Zickzackform und zieht dann, ähnlich wie man ein Segel refft, den Faden an.

Fischer-Defoy (Kiel).

Marnoch, Cases of intussusception. (The Scottish Medical and Surgical Journal. Vol. XIX. Nr. 2. August 1906.) Es werden acht selbstbeobachtete Fälle von Darminvagination beschrieben. In einem gelang Taxis. Von den sieben Operierten starben drei: bei einem gelang die Reposition nicht, und der Zustand des Patienten war so, daß die Operation nicht weitergeführt werden konnte, beim zweiten war Darmresektion nötig und der dritte starb an Pneumonie. Fünf Patienten waren unter 15 Monaten alt, alle waren männlichen Geschlechts. Einmal bestand Invaginatio iliaca, 6mal ileo-coecalis. Als wichtigsten Punkt der Nachbehandlung betont M. die möglichst baldige Zufuhr von natürlicher Nahrung. Brustkinder sollen bald an die Brust angelegt werden. Fischer-Defoy (Kiel).

T. S. Thyne, Intussusception. (The Scottish Medical and Surgical Journal. Vol. XIX. Nr. 2. August 1906.) Th. hat in 20jähr. Praxis fünf Fälle von Invagination gesehen, davon zwei innerhalb eines Jahres bei demselben Kind. Alle betroffenen Kinder waren

kräftig. Einmal wurde nach Einblasen von Luft in das Rektum die Reposition als vollendet angesehen; am nächsten Tage trat plötzlicher Exitus ein: die Reposition war nur scheinbar gewesen. Verf. stellt zwei goldene Regeln auf: einmal eine frühe Diagnose der Darminvagination zu stellen, zweitens das Abdomen möglichst früh zu öffnen.

Fischer-Defoy (Kiel).

David M. Greig, On intussusception. (The Scottish Medical and Surgical Journal. Vol. XIX. Nr. 2. August 1906.) G. hat 20 Fälle von Darminvagination beobachtet, davon 13 unter einem Jahr alt. 10 waren männlich, 10 weiblich; 4 wurden ohne Laparotomie geheilt, ein Patient starb nach Verweigerung der Operation. 12mal wurde die Laparotomie mit Reposition ausgeführt; 6mal trat Heilung ein. Alle 3 Fälle, in denen eine Darmresektion nötig war, starben. 9mal war die Invagination ileo-coecal; 2mal bestand Invaginatio iliaca, 2mal ileo-colica und 2mal colica.

Verf. empfiehlt vor der Operation, ohne damit viel Zeit zu verlieren, einen Taxisversuch durch Lufteinblasen in das Rektum. Nach der Operation sind bei Kindern Opiate nur mit Vorsicht zu gebrauchen.

Aus den geschilderten Fällen geht hervor, daß die Prognose um so besser ist, je früher die Behandlung einsetzt.

Fischer-Defoy (Kiel).

Henry J. Dunbar, Akute infantile Iufussuszeption. (The Scottish Medical and Surgical Journal. Vol. XIX. Nr. 2. August 1906.) Verf. behandelt ausführlich in sehr anregender Weise seine Erfahrungen über die akute infantile Darminvagination, durch die $^3/_4$ aller Fälle von akutem Darmverschluß bei Kindern veranlaßt werden. In den ersten 3 Monaten des Lebens liegen die Dünndarmschlingen ganz außerhalb des Beckens. Erst nach dieser Zeit beginnen sie ins Becken hinabzusteigen, wodurch eine spitzwinklige Mündung des Ileums in das Coecum zustande kommt. Tritt dann an dieser prädestinierten Stelle eine Invagination ein, so wirkt die Peristaltik im Sinne ihrer Weiterführung. Ferner werden grade nach den ersten Lebensmonaten fortwährend im Coecum und Colon Veränderungen an Gestalt und Größe beobachtet, die auch leicht zu Invagination Veranlassung geben können. Verf. hat außerdem oft bei Kindersektionen (aber nie bei solchen von älteren Kindern) gesehen, daß die Schleimhautbekleidung der Ileocoekalklappe gelockert war und sich in das Coecum vorwölbte. Er hält es für möglich, daß durch ihr Hineingleiten ins Lumen des Coecums eine Invagination ausgelöst werden kann. Eine weitere Prädisposition bildet die Beweglichkeit des Coecums, verursacht durch das Vorhandensein eines ansteigenden Mesokolons, wie man es zuweilen bei kleinen Kindern sieht.

Verf. verfügt über 59 Fälle. In 76,3 % war die Invagination ileo-coecal. In 5 % bestand Invaginatio iliaca, in 3,4 % colica und in 1,7 % ileo-colica. In 13,6 % war die Invagination gemischt. Die meisten Kinder waren in bestem Gesundheitszustand. 74,6 % waren männlich, 2,45 % weiblich. 6,8 % waren unter 4 Monaten alt, 62,7 %

zwischen 4 und 7, 20,3% zwischen 8 und 12, 3,4% zwischen 12 und 24 Monaten, 6,8% älter.

Heilung wurde in 45,7% erzielt. 54,3% starben. In 23,7% mußte eine Darmresektion vorgenommen werden; alle Kinder starben; der Grund dafür mag in der zu späten Einlieferung zu suchen sein. Durchschnittlich vergingen 21 Stunden vom Beginn der Symptome bis zur Operation bei den Geheilten, 39 Stunden bei den Verstorbenen. 63,3% von den innerhalb der ersten 24 Stunden Operierten genasen, 28,5% von den später Operierten.

Als klassische Symptome stellt D. fest: Plötzlicher Beginn mit kolikartigem Schmerz und Schrei. Dann intermittierender Schmerz. Nach 24 Stunden meist Abklingen des Schmerzes — der Patient wird schläfrig (Stadium der Darmparalyse). Als zweites sehr wichtiges Syptom kommt heftiges und wiederholtes Erbrechen, als drittes Abgang von Blut oder blutigem Schleim aus dem Rektum in Betracht (tritt meist erst nach 4—5 Stunden auf). Die Kinder sind meist mehr oder weniger kollabiert, das Abdomen ist mäßig ausgedehnt und frei mit der Atmung beweglich. In 57 von den 59 Fällen konnte der Invaginationstumor festgestellt werden, 5 mal im oberen Teil des Abdomens, 24 mal rechts, 28 mal links. In 29 Fällen war er vom Rektum aus zu fühlen.

Als Therapie kommt nur sofortige Laparotomie in Betracht. Verf. rät dringend davon ab, Zeit mit Einblasen von Luft oder Wasser in den Darm zu verlieren. Er lagert den Tumor nach außen und sucht den invaginierten Teil von unten her durch Druck auf die Invaginationsscheide herauszudrücken. Liegt das Ileum in ansteigender Lage zum Coecum und wird Rückfall befürchtet, dann rät Verf., das Mesenterium mit dem ansteigenden Mesokolon durch Catgut zu vereinigen.

D. rät davon ab, nach der Operation Opiate zu gebrauchen. Eher ist ein mildes Purgans zu empfehlen, das die Paralyse des Darms leicht beseitigt, während sie durch Opiate verstärkt werden kann. Sehr wesentlich ist, daß die Brustkinder möglichst bald wieder Brust bekommen.

Fischer-Defoy (Kiel).

P. N. Hansen (Däne), Die Behandlung der akuten Darminvagination bei Kindern. (Aus der ersten Abteilung des Kommunehospitals in Kopenhagen, Vorstand: Prof. E. A. Tscherning.) (Bibliotek for Läger. Juli 1906.) Das Material umfaßt 23 Kinder; 13 Mädchen, 10 Knaben. Das jüngste Kind war 3 Monate, das älteste 8 Jahre alt. 10 von den Patienten hatten Diarrhöe, nur 3 Obstipation kürzere oder längere Zeit voraus. Von den 23 Patienten genasen 13, während 10 starben. 16 hatten ileo-coecale, 3 Dickdarm-, 2 Dünndarminvaginationen, 1 hatte eine Invagination ileo-colica, 1 eine Invaginatio iliaca-ileo-coecalis. Bei einem Knaben mit einer gewöhnlichen Ileocoecalinvagination war zugleich eine aszendierende Dickdarminvagination vorhanden. Bei 6 Patienten wurden allein unblutige Eingriffe angewandt (Wassereingießung per Rektum, Massage der Invaginationsgeschwulst, gewöhnlich in Narkose), 3 von diesen genasen, 3 starben; der eine von den Gestorbenen war von seiner Invagination

befreit worden, aber starb an einer heftigen Gastroenteritis, bei den 2 andern glaubte man die Invagination geheilt zu haben (der eine war 4, der andere 5 Monate alt, es handelte sich um Ileocoecalinvagination von der Dauer von 24 Stunden), aber der eine starb nach einigen Stunden und der andere am folgenden Tage. In beiden Fällen ergab die Sektion das Vorhandensein einer großen Invaginatio ileocoecalis. Bei 11 Patienten wurde Laparotomie vorgenommen, nachdem es durch die unblutigen Methoden nicht gelungen war, die Invaginationsgeschwulst zu entfernen, von diesen 11 wurden 7 geheilt, 4 starben, das unglückliche Resultat in den 2 Fällen sucht der Verf. in dem Umstand, daß die Laparotomie nicht unmittelbar der unblutigen Behandlung folgte. In 6 Fällen wurde primäre Laparotomie gemacht, 3 wurden geheilt, 3 starben (diese 3 Fälle waren 1. 4 Tage dauernde Dünndarminvagination mit Darmgangrän und beginnender Peritonitis [Darmresektion], 2. 5 Tage dauernde Ileocoecalinvagination nebst aszendierender Dickdarminvagination mit Darmgangrän und Pneumonie [Enterostomie], 3. 30 Stunden dauernde Ileocoecalinvagination [Reposition schwierig, starb am folgendem Tage an Peritonitis]).

Der Verf. zieht aus seinen Fällen die Lehre, daß man immer die primäre Laparotomie anwenden soll. Durch die unblutigen Verfahren kann man nach seiner Meinung nicht sicher entscheiden, daß die Invagination geschwunden ist, und der Erfolg der primären Laparotomie ist viel besser als der Erfolg der sekundären.

Adolph H. Meyer (Kopenhagen).

E. Fenouillière, Traitement de l'invagination aigue chez l'enfant du premier âge. (Thèse de Paris. 1906.) Ein frühzeitiges und wichtiges diagnostisches Zeichen ist die Melaena, welche schon auf die Invagination hinweist, wenn noch kein Tumor und keine Darmobstruktion aufgetreten sind. Als Behandlung gibt oft die rektale Infusion mit lauwarmem Wasser gute Resultate und ist genügend, um die Invagination auszudehnen. Man chloroformiert das Kind und führt einen Nélatonschen Katheter möglichst hoch hinauf ein. Dem Ausfließen der eingespritzten Flüssigkeit wird durch das Zusammendrücken der Gesäßbacken entgegengewirkt. Doch ist diese Behandlungsmethode nur für die ersten 36 Stunden anzuempfehlen, später, oder wenn dieselbe keine Resultate ergibt, muß chirurgisch eingeschritten werden. Nach vorgenommener Laparotomie werden die invaginierten Teile reponiert, was für die meisten Fälle genügend ist, besteht aber eine irreduktible Invaginierung, Gangrän oder Perforation, so muß die Resektion vorgenommen werden.

E. Toff (Braila).

Ingenuris Sörensen (Däne), Darminvagination. (Hospitalstidende. Nr. 8. 1906.) 6 Fälle, im Verlaufe des letzten Jahres im Bezirkskrankenhaus zu Aarhus beobachtet. 4 Patienten wurden durch Operation geheilt. (5 Monate alter Knabe. Invaginatio ileocoecalis. Laparotomia c. desinvaginatione 22 Stunden nach dem Anfang der Symptome. — 8jähriges Mädchen. Invaginatio ilei. Laparotomia c. resectione intestini ilei et enteroanastomose 3 Wochen nach dem Anfang der Syptome. — 12jähriger Knabe. Invagi-

natio ileo-coecalis. Laparotomia c. desinvaginatione am 12. Krankheitstage. — 14 jähriges Mädchen. Invaginatio ileo-coecalis chronica. Laparotomia c. desinvaginatione et resectione ilei et coli et anastomose ileo-colica $2^1/_4$ Monate nach dem Anfang der Krankheit.) Zwei starben, ein $1^1/_2$ jähriger Knabe mit Invaginatio ileo-coecalis an Bronchopneumonie 4 Tage nach der operativen Desinvagination, und ein 7 Monate alter Knabe am 4. Krankheitstage im Anschluß der Operation (Laparotomia c. enterostomia) 2 Tage nach einer anscheinend gelungenen unblutigen Reposition. Adolph H. Meyer (Kopenhagen).

H. Hirschsprung, 107 Fälle von Darminvagination bei Kindern, behandelt im Königin Luisen-Kinderhospital in Kopenhagen während der Jahre 1871—1904. (Mitteilungen aus den Grenzgebieten der Medizin und Chirurgie. 1905. Bd. 14.) Die Darminvagination der Kinder bildete bereits auf verschiedenen Kongroßen Gegenstand des Referates und eifrigster Diskussion, so zuletzt in Kassel 1903, wo H. über 96 Fälle berichten konnte. Bis November 1904 hat die Zahl der von ihm beobachteten Fälle 107 erreicht. Vor allen Dingen ist es auffallend, daß das Vorkommen der Krankheit an Örtlichkeiten, Länder usw. geknüpft ist. So scheint besonders in England, weniger in Deutschland, ein gehäuftes Auftreten beobachtet zu sein; an der Spitze scheint allerdings in dieser Hinsicht Kopenhagen zu stehen, wo H. seine Fälle gesehen hat, deren Zahl diejenige aller übrigen auf dem Kasseler Kongreß mitgeteilten Fälle um mehr als das Doppelte übertrifft. Wie diese Variationen im örtlichen Vorkommen zu deuten sind, bleibt vorerst unklar.

Auf Grund der Statistik von H. scheinen Knaben häufiger von der Krankheit befallen zu werden als Mädchen, das Verhältnis war 7,7 : 3,0. Meist handelt es sich um Kinder unter 1 Jahr. Der Ernährungszustand pflegt fast stets auffallend gut zu sein.

Unter den ätiologischen Momenten spielt die habituelle Obstipation die Hauptrolle; in solchen Fällen bildet sich die Invagination in der Regel im Dickdarm aus.

Weit seltener ging ein Darmkatarrh mit häufigen dünnen Entleerungen der Krankheit voraus. Auch Traumen, körperlicher wie psychischer Natur, scheinen in manchen Fällen eine ätiologische Rolle gespielt zu haben; H. weist weiterhin auf den ätiologischen Zusammenhang von Geschwülsten (Polypen) der Darmwand, von diffusen Blutungen im Darmparenchym, von Darmdivertikeln und Proc. vermiformis zur Darminvagination hin. Neigung zu Rezidiven besteht nicht.

Von größtem Interesse sind H.s Mitteilungen über die Behandlung der Krankheit: hat man doch auf der Naturforscherversammlung Kassel 1903 dieselbe fast ausschließlich dem Chirurgen in die Hand legen wollen. Allerdings waren die operativen Resultate keineswegs ermutigend. H. hat fast alle Fälle auf internem Wege angegriffen und dabei 60,75% Heilungen erzielt.

Die Therapie bestand in: Chloroformierung, Taxis, Wassereinspritzung mit Klysopompe. Diese Behandlung, besonders die Wassereinspritzung, konnte jedoch nur bei Dickdarminvagination Erfolg haben, der Wasserdruck hat auf den Dünndarm keinen Einfluß; in der Tat

beziehen sich die jüngsten Resultate hauptsächlich auf Dickdarminvagination. Die Fälle mit Dünndarminvagination, die zum Glück sehr selten sind, verliefen alle — 11 an der Zahl — tödlich. Es wäre nun vor allem wichtig eine Differentialdiagnose zwischen Dick- und Dünndarminvagination zu stellen, um letztere eventuell frühzeitig dem Chirurgen zu überlassen.

Allein diese Diagnose bietet große Schwierigkeiten. Nur wo keine Anhaltspunkte für eine Lokaldiagnose gefunden werden, empfiehlt H. die Laparotomie. (Über die diagnostische Abgrenzung der einzelnen Formen hat H. ausführlich in Wien 1894 gesprochen.)

In prophylaktischer Hinsicht redet H. der Verhütung einer habituellen Obstipation das Wort. Große Bedeutung mißt er auch dem Abgang von blutigem Schleim per rectum bei, die in jedem Falle eine dringende Mahnung zu baldiger genauer Untersuchung bildet. „Je näher man dem Anfang der Krankheit steht, desto leichter ist in der Regel die Untersuchung, desto leichter die Reposition der eventuellen Geschwulst.“ Die Heilung fand in 70 % statt, wenn die Krankheit kürzer, 30 % wenn sie länger als 24 Stunden gedauert hatte.

Starck (Karlsruhe).

C. Boehm, Zur Kasuistik der inkarzerierten Zwerchfellhernie. (Aus dem Kinderkrankenhaus in Leipzig.) (Deutsche med. Wochenschrift. 1905. Nr. 49.) Ein 4jähriges Kind, bis dahin ganz gesund, regte sich eines Vormittags bei einem Streit sehr auf, „blieb weg“, klagte dann sofort über Bauchschmerzen und erkrankte sehr schwer, mit miserablem Allgemeinbefinden, Zyanose, Dyspnoe. Ins Krankenhaus gebracht, wo wegen des Zustandes nicht genauer untersucht werden konnte, starb es $^1/_2$ Stunde später, ohne daß man eine Diagnose stellen konnte. Die Sektion zeigte, daß es sich um Inkarzeration einer Hernia diaphragmatica spuria gehandelt hatte, einer Hernie ohne Bruchsack, die, wie 81,5 % aller Zwerchfellhernien, der linken Zwerchfellhälfte angehörte. Für eine traumatische Entstehung dieser Hernie fand sich kein Anhaltspunkt, man hatte es vielmehr mit einem jener Fälle von kongenitaler Zwerchfellhernie zu tun, bei denen es im muskulösen Zwerchfellteil oder im Centrum tendineum zu einer Dehiszenz kommt mit sekundärem Durchtritt von Baucheingeweiden. Ein solcher war hier in sehr ausgedehntem Maße vor sich gegangen; die am häufigsten dislozierten Organe, Magen, Colon und Netz, fanden sich auch hier in der Brusthöhle, außerdem der obere Milzpol. Verwachsungen der dislozierten Bauchorgane miteinander oder mit den Bauchpfortenrändern fehlten. Pathologisch-anatomisch zeigte von den dislozierten Organen nur das Colon transversum schon deutliche Zeichen der Inkarzeration: Schnürringe und Stauung. Am Magen sprach nur die enorme Auftreibung durch Gas dafür, daß durch die Enge der räumlichen Verhältnisse in der Bruchpforte und durch die eigentümliche Lageveränderung Cardia und Pylorus, dieser in abovaler, jene in ovaler Richtung — schlucken konnte Patient noch — für Gase und Speisebrei undurchgängig geworden waren. Gleich dem Magen zeigten auch Netz, Milz und Mesocolon keine Schnürringe. Die Verdrängungs- und Kompressions-

erscheinungen an den Brustorganen waren die in solchen Fällen gewöhnlichen; an der linken, infolge der vom Fötalleben an bestehenden Raumbeschränkung weniger entwickelten Lunge erschien fast nur der Unterlappen in Mitleidenschaft gezogen.

Als ursächliches Moment für das Zustandekommen der Inkarzeration mußte man jene heftige Aufregung ansehen; wie dieser Zusammenhang zu denken ist, darüber läßt sich nichts Sicheres sagen.

Wie in einer Reihe von Fällen, so war auch hier die Hernia diaphragmatica bis zum Augenblick der Inkarzeration völlig latent geblieben. Der Verlauf der letzteren vollzog sich unter dem Bilde eines Pneumothorax mit schweren Shockerscheinungen, wie es für die Inkarzeration so großer Eingeweidemengen typisch ist. Ohne irgendwelche prämonitorischen Erscheinungen, wie man sie sonst oft in der Anamnese von Zwerchfellhernien findet (Kurzatmigkeit, Zyanose nach Mahlzeiten, Hustenreiz, saures Aufstoßen, Brechneigung, Unfähigkeit, größere Mahlzeiten einzunehmen), setzten hier ganz unvermittelt die Symptome der Inkarzeration ein, Symptome, die zunächst auf einen akuten Prozeß in den Brustorganen, einhergehend mit schweren Allgemeinerscheinungen hindeuteten: „Wegbleiben“, kalter Schweiß, Zyanose, Klagen über Schmerzen, deren Lokalisation auf den Leib beim Kinde keinen Anhaltspunkt gibt. Da der Schluckakt nicht beeinträchtigt, das Trinken nur mit leichtem Hüsteln verbunden war, auch sonst keine Symptome von seiten der Bauchorgane vorlagen, lenkte sich die Aufmerksamkeit bei der Aufnahme ins Krankenhaus auch in erster Linie auf die Brustorgane. Der mit Rücksicht auf den schweren Kollaps nur ziemlich flüchtig erhobene Befund ergab Erscheinungen, die den Verdacht auf Pneumothorax zu bestätigen geeignet waren: tympanitischen Schall von der dritten Rippe abwärts, ebenda aufgehobenes Atmen, Metallklang bei der Stäbchenplessimeterperkussion, Dextrokardie, Vorwölbung der linken Brusthälfte. Ileuserscheinungen, die so oft das Bild beherrschen, hatten hier bei dem rapiden Verlauf gewissermaßen keine Zeit gefunden, sich zu entwickeln. Grätzer.

P. Konow (Norweger), Hernia diaphragmatica. (Norsk Magazin for Lägevidenskaben. 1906. Nr. 2.) Angeborener Zwerchfellbruch. Der Magen, die Milz und der Darm mit Ausnahme des Rektum, der Flexura sigmoidea und 10 cm des Colon descendens wurden in der Brusthöhle gefunden. Das Loch fand sich neben der Aorta, war von 3—4 cm Diameter. Das Herz war nach der rechten Seite verschoben. Die Lungen von der Größe einer Feige und einer Mandel lagen dicht an der Columna gedrückt. Die Leber war stark herabgedrückt. Adolph H. Meyer (Kopenhagen).

Beneke, Über Bauchlunge und Hernia diaphragmatica spuria. (Verh. d. deutsch. path. Ges. in Meran 1905.) Bei einem kräftigen neugeborenen Mädchen fand sich eine Hernia diaphragmatica spuria sinistra. In der Brusthöhle der Magen, die Milz und der größere Teil des Darmes; teils in der Brust, teils in der Bauchhöhle fand sich eine Nebenlunge mit großen und erweiterten Gefäßen, die als ein Ast der Arteria diaphragmatica gedeutet werden. Für die

Entstehung der Mißbildung sind mechanische Störungen in der Entwicklung der in Betracht kommenden Gewebe verantwortlich zu machen, und zwar ist in diesem wie ähnlichen Fällen dem abnorm starken Wachstum der Leberanlage die Schuld zuzumessen.

Bennecke (Jena).

H. Mayet et **F. Bourganel,** Hernie inguinale congénitale étranglée, contenant un diverticule de Meckel, chez un prématuré de six semaines. (Archives de méd. des enfants. September 1906.) Das betreffende 6 Wochen alte Kind wurde 3 Wochen vor dem normalen Schwangerschaftsende geboren und hatte eine voluminöse inkarzerierte Inguinalhernie, die vor 2 Tagen sich bereits einmal eingeklemmt hatte, durch mühsame Taxis aber reponiert werden konnte.

Die vorgenommene Operation zeigte im Bruchsacke eine eingeklemmte Dünndarmschlinge und neben derselben ein 9 cm langes Diverticulum Meckelii, welches reseziert wurde. Die Operation wurde nach der Bassinischen Methode ausgeführt, der Divertikelstumpf mit dem Glüheisen verschorft, und konnte innerhalb 3 Wochen Heilung erzielt werden.

E. Toff (Braila).

Klaussner, Zur Kasuistik der angeborenen Hernien der Linea alba. (Aus der chirurg. Universitäts-Poliklinik zu München.) (Münch. med. Wochenschrift. 1906. Nr. 42.) Zwei Fälle, ein 11 jähriges und ein 6 Wochen altes Kind betreffend. Bei beiden kam ätiologisch nur angeborener Defekt der weißen Bauchlinie in Betracht. Daß auf operativem Wege ein guter Verschluß bei diesen Brüchen zu erreichen ist, zeigte wieder Fall 2, bei dem operiert wurde. Der günstige Ausgang dürfte zu weiteren, schon im frühesten Alter vorzunehmenden Eingriffen ermuntern.

Grätzer.

Meredith, Congenital hernia of the umbilical cord, with report of two cases. (New York med. Journ. 20. Januar 1906. S. 138.) M. berichtet über zwei Fälle von operierten Nabelschnurbrüchen. Bei einem Knaben, bei dem der Bruch nur Darminhalt hatte. gelang die Operation vollkommen. Dagegen bei einem Mädchen, bei dem die Leber und der ganze Magendarmkanal im Bruchsack lag, ließ sich der Bruchinhalt nicht in die Bauchhöhle zurückbringen, es starb kurze Zeit nach der Operation.

Schreiber (Magdeburg).

Dal Vesco, Beitrag zur Behandlung der Nabelschnurhernien. (Gazz. degli osped. e delle clin. 9. April 1906.) Verf. erörtert ausführlich die Pathogenese der Nabelschnurhernien und berichtet über einen Fall, den er 24 Stunden nach der Geburt mit bestem Erfolg operierte. Die Hernie war faustgroß und enthielt die Leber und einen großen Teil des Intestinum. Die größte Schwierigkeit bestand im Reponieren und Reponierthalten der Eingeweide und in der Anästhesie.

F.

J. Finsterer, Ein Beitrag zur Kasuistik und Therapie des Nabelschnurbruches. (Aus der II. chirurg. Klinik der Universität Wien.) (Wiener klin. Wochenschrift. 1906. Nr. 26.) F. gelangt zu folgenden Schlüssen:

1. Der Nabelschnurbruch stellt entweder eine Hemmungsmißbildung dar, bedingt durch Verweilen des Darmes außerhalb der Bauchhöhle (Bruch der Embryonalperiode) oder seltener ist er ein echter Bruch (Bruch der Fötalperiode).

2. Die Prognose hat sich in den letzten 10 Jahren bei operativer Behandlung gebessert, und beträgt die Mortalität jetzt 23,2 % gegen 27,2 % (Schramm). Sie ist vor allem abhängig von einer möglichst frühzeitigen Operation.

3. Von der Radikaloperation können ausgeschlossen werden ganz kleine reponible Brüche und Eventrationen.

4. Dem extraperitonealen Verfahren nach Olshausen ist bei den irreponiblen Brüchen wegen der Möglichkeit von Nebenverletzungen die Radikaloperation mit Eröffnung des Peritoneums vorzuziehen.

Grätzer.

R. Krauss, Über die Dauerresultate der Omphalektomie bei Nabelbrüchen. (Beitr. zur klin. Chir. Bd. 50. Heft 1.) Bericht über 30 freie Nabelhernien bei Kindern und Erwachsenen, die nach der v. Brunsschen Methode (vollständige Exzision des Nabels und einfache schichtweise Naht der Bauchdecken) operiert wurden.

14 davon waren Frauen, die mehrmals geboren hatten. Nachuntersuchung von 22 Fällen, bei denen die Operation mindestens ein Jahr zurücklag. 13 mal wurden Dauerheilungen konstatiert, 9 mal Rezidive, vor dem auch eine vorschriftsmäßig getragene Leibbinde nicht schützte. Die Resultate anderer Operationsmethoden sind ebenso ungünstig.

Ewald (Heidelberg).

Hutinel, Syphilitische Ulzerationen am Nabel bei Kindern. (La Clinique infantile. Mai 1906.) H. lenkt in dieser Mitteilung die Aufmerksamkeit auf diese seltene und auffallende Lokalisation der hereditären Syphilis, die oft irrtümlicherweise für eine gewöhnliche Nabelinfektion gehalten wird. Ihre Hauptcharakteristika sind: Um den 8.—20. Tag, bald nach dem Abfall der Nabelschnur, beginnt der Nabel anzuschwellen, indem er dabei eine weiche, rundliche Prominenz von 2—4 cm Radius von entzündlichem Aussehen, zuweilen mit einer leichten Desquamation auf der Spitze bildet. Das Zentrum dieser Prominenz beginnt sodann geschwürig zu zerfallen, und an Stelle der Nabelnarbe erscheint ein tiefes, kraterförmiges Geschwür mit ausgefressenen Rändern, grauer Oberfläche, sehr geringer Sekretion, das sich vergrößert und eine 1 cm tiefe Höhle bildet, welche die Bauchdecke zu perforieren droht. Die Ulzeration ist indolent, wächst nur langsam zu einem Umfang mit 1—1 ½ cm Durchmesser. Auch wenn nach 12—15 Tagen die Haut sich zu bedecken anfängt, mit Nachlassen der Schwellung und Rötung, so kann eine fistulöse Ulzeration zurückbleiben, in welche die Sonde tief eindringt. Die Fistel ist von hartnäckigem Bestand und widersteht leicht den gewöhnlichen Maßnahmen. Syphilitische Nabelulzerationen kommen besonders bei schweren Fällen vor, ohne daß der allgemeine Zustand beträchtlich beeinflußt würde; Temperatur und Puls bleiben normal. Die Affektion ist heilbar, der tödliche Ausgang die Folge sekundärer Infektion. Für gewöhnlich mit anderen Manifestationen der Syphilis

sich einstellend, kann sie andererseits auch das erste Zeichen des Leidens sein. Darum ist ihre Erkennung wichtig, um so mehr, als die ungleich häufigere einfache Omphalitis in ihrem Beginn oft der syphilitischen Form gleichen kann, von der sie sich durch Rötung, Schwellung und geringe Sekretion aus der Nabelnarbe unterscheidet.

H. Netter (Pforzheim).

H. Forsener (Schwede), Über die pathologische Anatomie und Ätiologie der angeborenen Darm- und Ösophagusatresien nebst einer Studie über die früheste Entwicklung des Verdauungskanals. (Aus dem anatomischen Institut und dem allgemeinen Findelhaus zu Stockholm.) (Nordisk medicinskt Arkiv. Abt. I [Kirurgi] 1906. Nr. 20. Heft 3 u. 4.) Durch histologische Untersuchungen von menschlichen Embryonen fand der Verf., daß in frühen Stadien eine Epithelproliferation vorgeht, die gewöhnlich zu einer bestimmten Zeit des Fötallebens eine Obliteration sowohl in dem Duodenum — so wie schon Tandler und Kreuter nachwies — als auch ausnahmsweise in den übrigen Teilen des Darmkanals verursacht. Ähnliche Verhältnisse fand der Verf. durch komparative Untersuchungen bei Embryonen von Selachiern, Reptilien, Vögeln und Säugetieren. Der Verf. untersuchte demnächst eine Reihe von angeborenen Darm- und Ösophagusatresien, und glaubt, daß die Ursache derselben (rücksichtlich der Ösophagusatresien gilt es doch allein den unkomplizierten Formen) in den embryonalen Epithelokklusionen zu suchen ist. Wenn nämlich das Mesenchym durch den Darm einwächst, ehe die Lösung der Epithelokklusion stattgefunden hat, wird in der Lichtung des Darms eine Atresie gebildet, bestehend aus Bindegewebe, welches in dem Epithel eingelagert wird. Wenn die Bindegewebebrücke dünn ist, entsteht eine Membran; wenn sie dicker ist, ein Strang; ist sie unvollständig oder so schwach, daß sie birst, eine unvollständige Membran. Der Verf. zeigt ferner, daß der Darm während des Fötallebens unterhalb einer unvollständigen Stenose solche Veränderungen erleiden kann, daß die Lichtung verschwindet und die Teile des Darms nur vor einem festen Strang verbunden werden; aus einer ursprünglichen Verengung kann so eine vollständige Obliteration entstehen. Hierdurch läßt der Umstand sich erklären, daß das Mekonium unterhalb einer Atresie gefunden werden kann. Die verdienstvolle, in gewissen Richtungen bahnbrechende Arbeit wird von guten Bildern begleitet. Hoffentlich wird sie in einer Weltsprache erscheinen.

Adolph H. Meyer (Kopenhagen).

Wilhelm Wernstedt (S.), Studien über die Natur der sogenannten angeborenen Pylorusstenose. (Nordiskt medicinskt Arkiv. Abt. I (innere Medizin). 1906. Heft 1 Nr. 2 und Heft II Nr 5.) Eingehende pathologisch-anatomische Untersuchungen von 17 pylorusstenotischen und zahlreichen Magen normaler Kinder. Der Verf. zieht aus seinen detaillierten Untersuchungen den Schluß, daß angeborene Pylorusstenose, die er als eine anatomische Mißbildung betrachtet, sehr selten ist, nur einer seiner Fälle (es handelt sich um eine 50 jährige Frau) gehört diesem Landerer-Mayerschen Typus an; alle 16 anderen waren Stenosen bei Säuglingen und gehörten dem Hirsch-

sprungschen Typus an; der Verf. glaubt nicht, daß dieser Typus angeboren ist (das spastische Moment scheint ihm das wichtigste, und pathologisch-anatomisch tritt eine Hypertrophie der ganzen Magenmuskulatur auf) und schlägt für denselben den Namen Pylorospasmus oder spastische Pyloruskontraktur im Säuglingsalter vor, trotzdem daß Hirschsprung selbst die Ähnlichkeit seiner Fälle mit den von Landerer und Mayer publizierten Fällen bei Erwachsenen und älteren Kindern behauptete. Der sogenannte Sphincter pylori und Canalis pylori sind nach den Untersuchungen des Verf. als Ausdruck für verschiedene Kontraktionszustände aufzufassen. Die Weite des Pyloruslumens dürfte sich durch Ausdehnungsversuche mit Wasser und nachfolgende Härtung mit Formalinlösung in exakterer Weise bestimmen lassen, als durch die von Pfaundler u. a. gebrauchten Methoden, deren Angaben sich als nicht stichhaltig herausstellen. Gute Illustrationen sind beigefügt. Die in der deutschen Sprache geschriebene Abhandlung ist sehr lesenswert.

Adolph H. Meyer (Kopenhagen).

Theodor Frölich (Norweger), Über Pylorusstenose bei Säuglingen. (Norsk Magazin for Lägevidenskaben. Nr. 9. 1906.) Der Verf. hat zwei Patienten mit diesem Leiden beobachtet; der erste starb im Spital; an dem anderen wurde Pyloroplastik mit gutem Erfolg vorgenommen. Er betrachtet das Leiden als angeboren, und auf vergleichende anatomische Untersuchungen gestützt als eine Entwicklungsanomalie, entweder als eine fötale Hyperplasie der Muskeln in dem sogenannten Canalis pylori oder als eine Folge des Ausbleibens der regressiven Veränderungen, die nach seiner Meinung zur Bildung des bleibenden Pylorus auftreten. Außer der angeborenen Pylorusstenose existiert ein von ihr ganz verschiedener funktioneller Pylorusspasmus.

Adolph H. Meyer (Kopenhagen).

C. E. Bloch (Däne), Die angeborene Pylorusstenose und ihre Behandlung. (Hospitalstidende. Nr. 5, 6 u. 7. 1906.) Auf 12 Krankengeschichten gestützt gibt der Verf. zuerst eine Darstellung des Krankheitsbildes. Er glaubt, daß man zwei Stadien unterscheiden kann. Im ersten Stadium tritt das Erbrechen unmittelbar nach jeder Mahlzeit auf, es sind aber keine sichtbaren peristaltischen Bewegungen vorhanden; im zweiten Stadium ist das Erbrechen weniger häufig, mehr voluminös und besteht aus stinkender, zerteilter Nahrung; es ist Gastritis und Stagnation vorhanden, und die Peristaltik ist sichtbar; ohne Stagnation gibt es auch keine sichtbare Peristaltik, schreibt der Verf. In diesem Stadium magert der Patient ab. Obstipation ist in beiden Stadien vorhanden. Der Verf. bespricht die verschiedenen Behandlungsmethoden, zieht die Heubnersche Methode, reichliche Ernährung trotz des Erbrechens vor. Er hebt noch die gleichzeitige Behandlung einer vorhandenen Gastritis hervor und empfiehlt Buttermilch als Nahrung bei diesen Patienten. Von den 12 Patienten starben 2 einige Tage nach der Aufnahme, 2 kurz nach Loretas Operation, 8 wurden ad modum Heubner behandelt und geheilt.

Adolph H. Meyer (Kopenhagen).

A. Sturmdorf, Hypertrophic Stenosis of the Pylorus. (N. Y. Med. Record. Vol. 70. Nr. 17.) St. erörtert die pathologische

Anatomie der Stenose des Pylorus bei Säuglingen und unterscheidet drei Arten derselben: 1. Spastische Kontraktur des Pylorus, welche oft heilbar ist durch medizinische und diätetische Behandlung, eventuell die Loreta-Operation. Die meisten Fälle, die genesen, gehören dieser Art an. 2. Spastische Kontraktur mit Hypertrophie des Pylorus; 3. Stenose des Pylorus mit Tumorbildung. In letzteren zwei Zuständen sei Gastro-Duodenostomie indiziert und dürfte nötigenfalls in zwei Sitzungen unternommen werden.

Eine frühe Diagnose ist äußerst wichtig, indem der operative Eingriff in gewissen Fällen wohl gelingt, wenn der allgemeine Zustand des Kindes befriedigend ist. H. B. Sheffield.

J. W. Rob, Ein Fall von angeborener Pylorushypertrophie. (Lancet. 23. Juni 1906. I.) Die ersten Symptome des Leidens bei dem einen Monat alten Kinde waren ungestümes Erbrechen und Abmagerung. Das Epigastrium war vorgetrieben, die Temperatur subnormal. Von Peristaltik des Magens war nichts zu sehen, ein Tumor der Pylorusgegend nicht fühlbar, die Verstopfung hartnäckig. Tägliche Magenspülung, ferner Ernährung mit peptonisierter Milch, 1 Teil und 2 Teile Wasser, stündlich 15 g, war die Therapie. Der Verstopfung wurde man mit kleinen Kalomeldosen Herr; das Kind kam jedoch immer weiter herunter und eine beträchtliche Gastrektasie stellte sich ein. Jetzt konnte auch ein Tumor gefühlt werden, eine Magenperistaltik wurde zeitweise sichtbar. Allmählich ließ das Erbrechen nach, die Magenspülungen wurden nur noch alle 2 Tage vorgenommen, dazu wurde Opiumtinktur, jeweils 20 Minuten vor jeder Mahlzeit, in minimalsten Mengen gegeben. Dabei kam es zur Pupillenverengerung. Nach der Magenspülung fühlte sich das Kind immer recht behaglich, nahm seine Nahrung und schlief ein. Das Körpergewicht nahm stetig zu. Zuerst wurde roher Fleischsaft gegeben, der wegen Erbrechen erst ausgesetzt, später aber gut vertragen wurde. Die weitere Entwicklung des Kindes war eine durchaus ungestörte. H. Netter (Pforzheim).

K. Schneider, Thiosinamininjektionen bei Narbenstriktur des Ösophagus. (Aus dem Kinderspital in Basel.) (Korrespondenzblatt f. Schweizer Ärzte. 1905. Nr. 11.)

Für feinste Sonden nicht durchgängige Striktur bei 5 jährigem Jungen nach Trinken von Natronlauge. Benutzung einer Lösung von Thiosinamin 1,0 in 4,0 Glyzerin und 16,0 Wasser. Erste Injektion (0,7 ccm) am 10. III. 1905, die zweite am 13. III. Tags darauf dringt Sonde 9 Charrière leicht in den Magen. Nach der siebenten Injektion am 30. III. (seit der dritten je 1 ccm) passiert Sonde 28 (= $9\frac{1}{3}$ mm) ohne Schwierigkeit und wird gewöhnliche Kost genossen. Am 8. IV. (Spitalsaustritt) Sonde Nr. 30, keine Beschwerden beim Schlingen, $2\frac{1}{2}$ kg Gewichtszunahme.

Auffallend war hier die ungemein rasche Wirkung der Injektionen; schon einen Tag nach der zweiten Injektion hatte sich das Narbengewebe so gelockert, daß eine weiche 3 mm-Sonde durchdringen konnte, während vorher auch die feinsten Sonden nicht passierten.

Grätzer.

R. Burmeister (Concepcion), Ein Speiseröhrenschnitt. (Deutsche med. Wochenschrift. 1906. Nr. 15.) Am 11. August 1905

verschluckte ein 22 Monate altes Kind ein 20-Centstück (Größe eines Markstückes). Ein Arzt ließ das Kind trinken und ein Stückchen Biskuit schlucken, und als dies ohne Beschwerden herunterging, erklärte er, das Geldstück werde auf dem natürlichen Wege abgehen. Als dies nicht geschah, wurde am 14. August B. konsultiert, welcher Durchstrahlung mit Röntgenstrahlen vornahm; er fand die Münze im Ösophagus, in der Höhe des oberen Sternalrandes, in die Frontalebene eingestellt. Nachdem Versuche, den Fremdkörper ohne Operation zu eliminieren fehlgeschlagen, wurde operiert. B. sagt darüber:

„17. August 1905, 9 Uhr a. m., wurde zur Entfernung des Fremdkörpers durch Oesophagotomia externa geschritten. Nach Einleitung der Chloroformnarkose wurde zunächst mittels elastischer Bougie nochmals konstatiert, daß der Fremdkörper sich noch unverändert am selben Orte befände. Dann wurde eine Rolle unter die Schultern des liegenden Patienten geschoben, derart, daß der Kopf nach hinten rechts überhing und die Speiseröhre mit Rachen und Mund ein annähernd geradliniges Rohr bildete. Ausführung der Operation in gewöhnlicher Weise: Schnitt am inneren Rande des Sternocleidomastoideus. Die sehr stark gefüllte Vena jugularis wird nach außen abgedrängt, eine Rosersche Stahlbougie Nr. 24 durch den Mund bis in die Gegend der Wunde gebracht, den Knopf gegen letztere vorgeschoben, und nachdem der Ösophagus stumpf erreicht, seine Wand gegen den Bougieknopf eingeschnitten. Eine durch die Wunde in der Richtung gegen den Magen eingeführte gebogene Kornzange faßte die Münze glücklicherweise sofort derart, daß die Entwicklung ohne weitere Schwierigkeit vorgenommen werden konnte.

Einführung eines Gummischlauches vom Kaliber Ch. 22 durch Wunde und Speiseröhre bis in den Magen, eine Naht im unteren, drei Nähte im oberen Wundwinkel und Jodoformgazetamponade rings um den Schlauch beendeten die Operation. Der ganze Eingriff vom Beginn der Narkose bis zum Schluß des Verbandes hatte kaum 25 Minuten gedauert, und der Blutverlust war — ohne Unterbindung — minimal gewesen, beides Momente, welche sicher von Einfluß waren auf die vorzügliche Art und Weise, in welcher der kleine Patient sich von der Operation erholte."

Und dann weiter:

„Bei der Ausführung der Operation selbst schien mir die dem Patienten gegebene Stellung von einiger Bedeutung zu sein. Wir operierten nicht in „halbsitzender", sondern in liegender Stellung des Kranken. Dabei wurde eine Rolle derart unter die Schultern geschoben, daß der Kopf stark nach hinten überfiel und Mundhöhle, Pharynx und obere Speiseröhre ein annähernd gerades Rohr bildeten, wobei der Kopf leicht nach rechts gedreht und der linke Mundwinkel etwas tiefer als der rechte gestellt wurde. Die Zunge wurde, um freie Atmung zu sichern, von vornherein angezogen. Ich hoffte durch diese Anordnung Zeit bei der Operation zu sparen. Vor allem beabsichtigte ich, durch eine derartig fixierte Stellung die spätere Einführung der Stahlbougie vorzubereiten und zu erleichtern. Tatsächlich ging später die Einführung der Bougie, ohne daß man an der Stellung des Patienten noch etwas hätte ändern müssen, glatt und

ohne jeglichen Zeitverlust von statten. — Des weiteren hoffte ich aber, daß die beschriebene Stellung mir beim Eindringen in die Tiefe für die Schonung der großen Gefäße von einigem Nutzen sein werde. Ich ging dabei von der Erfahrung aus, daß Leute, welche sich mittels Halsabschneidens das Leben zu nehmen beabsichtigen, diesen Zweck meistens nicht erreichen, weil sie den Kopf, anstatt ihn nach vorne herüberzuneigen, hintenüber halten, bei welcher Stellung die großen Gefäße sich bekanntlich einer durch die Wirbelsäule gehenden Frontalebene nähern und so durch die zwischen ihnen nach vorne rückende Wirbelsäule geschützt, dem in selbstmörderischer Absicht geführten Messer ausweichen. Ich hoffte, daß dieser Mechanismus mir für die Vermeidung einer Verletzung jener Teile von Nutzen sein und außerdem das Vordringen in die Tiefe erleichtern werde. In der Tat machte die Schonung der Gefäße keinerlei Schwierigkeiten, sondern das Vorgehen an ihnen vorbei war eigentlich das Bequemste, da Sternocleimastoideus und Gefäßbündel sozusagen von selbst zurückwichen, um den Weg auf die Speiseröhre freizugeben.

Nach vollendeter Extraktion legten wir keine Naht des Ösophagus an, sondern begnügten uns mit einer geringen Verkleinerung der äußeren Wunde. Wir unterließen die primäre Ösophagusnaht nicht etwa in Rücksicht auf den Zustand der Weichteile, sondern um Zeit zu sparen und den Chloroformverbrauch auf das möglichst geringe Maß zu beschränken. Die Heilung der Wunde ist dann ja auch in 14 Tagen prompt erfolgt, ein Resultat, welches auch mit Naht der Speiseröhre nicht viel besser hätte sein können.

Daß eine exakte Naht der Speiseröhre mit prima Intentio das Ideal für die Heilung bedeutet, bedarf ja wohl keiner Diskussion. Solange dies Ideal aber nicht mit annähernd absoluter Sicherheit erreichbar, solange wir nicht einmal sicher Komplikationen als Folge des primären Verschlusses der Wunde zu vermeiden vermögen, scheint es mir empfehlenswerter, als Normalverfahren für die Oesophagotomia externa zwecks Fremdkörperextraktion den Verzicht auf die Naht anzusehen. Für den Kranken bedeutet dies eine wesentliche Abkürzung der Operationsdauer, ein Gewinn, der allerdings von Fall zu Fall verschieden zu bewerten sein wird, aber doch ein sicherer und niemals ganz außer acht zu lassender Gewinn, dem gegenüber es bei ruhigem Abwägen der einzelnen Faktoren nicht allzuschwer sein wird, die eventuelle Aussicht auf eine möglicherweise etwas kürzere Nachbehandlung aufzugeben."

Grätzer.

J. J. Rectenwald, A quarter removed after 219 days in the oesophagus of a child. (New York Medical Journ. Vol. LXXXIII. Nr. 2. 1906.) Es handelt sich um ein Kind von 2 Jahren und 2 Monaten, das ein Geldstück verschluckt hatte. Der herbeigerufene Arzt fand keine Gefahr und machte keinen Eingriff. Im Laufe der Zeit traten jedoch Schluckbeschwerden auf, die Atmung wurde erschwert, die Stimme heiser, es stellte sich häufig Hustenreiz ein, flüssige Speisen konnten die Speiseröhre unbehindert passieren, feste Speisen wurden schließlich wieder von sich gegeben. Das Kind nahm beträchtlich an Gewicht ab. Erst Ende April kam es in Behandlung

von Verf., welcher durch Röntgenaufnahme das Vorhandensein einer Münze an der Bifurkationsstelle der Trachea feststellte. Die Versuche einer Entfernung mit dem Münzenfänger, der nach Verf.s Ansicht bisweilen ein gefährliches Instrument sein kann, mißglückten 3 mal, die mit dem Tiemannschen Instrument 5 mal. Schließlich am 219. Tage gelang die Entfernung mittels eines eigens zu diesem Zweck konstruierten Fängers, den Verf. beschreibt. Das Kind wurde frei von allen Beschwerden. H. Greiner (Magdeburg).

G. A. Roddier, Les corps étrangés de l'oesophage chez les enfants. (Thèse de Paris. 1906.) Die im Ösophagus stecken gebliebenen Fremdkörper müssen so bald als möglich entfernt werden, und zwar geschieht dies entweder mit verschiedenen Extraktionsinstrumenten oder mittels der Oesophagotomia externa. Letztere ist heute eine gut definierte Operationsmethode, deren Resultate um so besser sind, je früher dieselbe zur Ausführung gelangt. Namentlich soll immer operativ vorgegangen werden, wenn es sich um einen voluminösen, schneidenden, rauhen oder eckigen Fremdkörper handelt. Für die Extraktion auf natürlichem Wege wird noch viel das Graefesche Instrument benützt, doch vergesse man nicht, daß durch dasselbe schon viel Unheil angerichtet worden ist, namentlich wenn es sich um eine so enge Röhre handelt, wie es der kindliche Ösophagus ist. Im allgemeinen sollen solche Extraktionsversuche nur in den ersten Tagen nach dem Unfalle versucht werden, wenn die Wand der Speiseröhre noch keine entzündlichen Veränderungen aufweist, während man später mit Vorliebe zur Operation greifen wird. E. Toff (Braila).

H. Brüning, Zur Behandlung der Askaridiasis. (Aus der Kinderabteilung des Univers.-Krankenhauses in Rostock.) (Mediz. Klinik. 1906. Nr. 29.) Ein in Amerika als offizinelles Anthelminticum täglich benutztes, bei uns gänzlich in Vergessenheit geratenes Mittel, das sogenannte amerikanische Wurmsamenöl (Wormseedoil), von der Pflanze Chenopodium anthelminticum Gray stammend, hat B. mit Erfolg angewandt; und zwar hat er mit einem seitens der Chem. Fabrik Schimmel & Co. in Miltitz bei Leipzig hergestellten Öle 7 Kindern Askariden entfernt. Es seien drei Fälle näher geschildert.

1. Fall. 6jähriger Knabe mit Askarideneiern im Stuhl. Erhält 2 mal 0,75 Ol. Chenopod. anthelminth. in 5 %iger Emulsion mit Vasenol in 2½ stündiger Zwischenpause. Nach 10 Stunden Entleerung von Stuhl mit zwei männlichen Spulwürmern. Tags darauf die gleichen Dosen Wurmsamenöl mit 2 stündigem Intervall, 2 Stunden später 10 g Rizinusöl. Entleerung eines weiblichen Askaris. Von da im Stuhl keine Wurmeier mehr.

2. Fall. 4jähriger Knabe mit Tänien- und Askarideneiern im Stuhl. Früh nüchtern 10 ccm (0,5 Ol. Chenopod. anthelmint.) folgender 5 %iger Emulsion.

Rp. Ol. Chenopod. anthelmint.
Gi. arab. subtill. pulv. āā 5,0
Aq. dest.
Syr. Aurant. āā 45,0
F. emulsio.

2 Stunden darauf 10 g Rinzinusöl; dieselbe Dosis 5 Stunden später. Nach 7 Stunden nochmals 0,25 g Ol. Chenopod. und 10 g Rizinus. Nach 9 Stunden Stuhlentleerung ohne Wurmeier. Bald darauf nochmals Stuhl mit einem weib-

lichen Spulwurm und zahlreichen Bandwurmeiern. Die Tänie selbst wird einige Tage später durch Extr. filic. abgetrieben. Keine weiteren Würmer mehr.

3. Fall. 13 jähriger Knabe mit zahlreichen Askarideneiern. Erhält in 2stündigen Pausen 3mal Ol. Chenop. in Dosen von 0,5 ccm von folgender Emulsion:

Rp. Ol. Chenopod. anthelmint. 10,0
Vitell. ovi I.
Ol. amygd.
Gi. arab. pulv. āā 10,0
Aq. dest. ad 200,0
F. emulsio.

2 Stunden später 10 g Rizinus. Nach 5 Stunden ein weiblicher Askaris und viele Eier. Tags darauf von der gleichen Emulsion dasselbe Quantum in 1stündigen Intervallen und wieder 10 g Ol. Ricini. Nach 14 Stunden zwei männliche und ein weibliche Askaris.

Die Medikation stieß auf keine Schwierigkeiten, unangenehme Nebenwirkungen kamen nicht zur Beobachtung, das Mittel wirkte prompt in allen Fällen, und zwar scheint es, wie Fall 2 zeigte, eine spezifische Wirkung auf Askaris zu haben. Man kann es tropfenweise mit Sirup oder Zuckerwasser oder in Form der Emulsionen geben, und zwar empfiehlt es sich, bei Einschränkung der Nahrungszufuhr, 3mal täglich 0,25—0,5 in 1—2stündigen Intervallen (eventuell mehrere Tage) zu verabreichen und 1—2 Stunden nach der letzten Tagesdosis ein Abführmittel nachfolgen zu lassen. Grätzer.

III. Aus Vereinen und Versammlungen.

Gesellschaft für innere Medizin und Kinderheilkunde in Wien.

Pädiatrische Sektion.

Sitzung am 25. Oktober 1906.

Goldreich demonstriert ein 5 monatliches Kind mit angeborener **linksseitiger peripherer Fazialislähmung und Mißbildung des linken Ohres.** Die galvanische Erregbarkeit vom Nervenstamme aus ist erloschen, bei direkter Erregung des Mundfazialis ist Zuckung auszulösen. Ähnliches ergibt die Untersuchung der faradischen Erregbarkeit.

Die Ursache dieser peripheren Fazialislähmung ist möglicherweise in einer Entwicklungsanomalie des Ohres, verbunden mit mangelhafter Entwicklung des gesamten knöchernen Gehörapparates zu suchen.

Schüller zeigt anschließend daran einen analogen Fall von Mißbildung der linken Ohrmuschel und angeborener **Parese** des linken Nervus facialis. Durch elektrische Behandlung konnte Besserung erzielt werden. Auch Sch. bringt die Ohrmißbildung mit der Nervenaffektion in Zusammenhang.

Kach demonstriert ein 10monatliches Kind mit **symmetrischer Makrodaktylie** an den Händen. Erster, zweiter und dritter Finger beider Hände sind bedeutend vergrößert. Wie aus dem Röntgenbilde hervorgeht, betrifft die Vergrößerung sowohl das Skelett als auch die Weichteile. Die Aktionsfähigkeit der Finger ist nicht beeinträchtigt. Das Fettgewebe der mißbildenden Finger ist geschwulstartig entwickelt, so daß die Finger gewulstet erscheinen.

Schrötter berichtet über die glücklich gelungene Entfernung eines Fremdkörpers mittels **direkter Bronchoskopie** aus der Teilungsstelle des rechten Unterlappenbronchus.

Das 10 monatliche Kind bekam beim Essen eines Wurststückes eine schwere Dyspnoe, die Respiration der rechten Lunge war aufgehoben. Im Bronchoskop

konnte der Fremdkörper, ein Knochenstück, gut gesehen und ohne Narkose extrahiert werden.

Schwoner zeigt ein 4 monatliches Kind, das am Kreuzbein Narben und darunter einen tastbaren Knochendefekt aufweist. Die Ursache dieser Veränderungen sei eine Spina bifida occulta. Swoboda bemerkt in der Diskussion, daß die Narbenbildung nur als intrauterin ausgeheiltes Angiom aufzufassen sei. Angiome über der Stelle der Spina bifida sind nicht selten.

Schick demonstriert einen 12 jährigen Knaben, der vor 4 Monaten auf der Scharlachstation der pädiatrischen Klinik lag und an den Nägeln Veränderungen aufweist, die zuerst von Meller, später von Feer als Scharlachlinie beschrieben werden.

4—5 Wochen nach Scharlachbeginn zeigt sich auf der Nageloberfläche eine quere lineare Furche, seltener ein Wall, der entsprechend dem Wachstum des Nagels nach vorne rückt. In 6 Monaten erreicht diese bogenförmig verlaufende Linie den freien Nagelrand.

Lehndorff demonstriert ein 5 jähriges Mädchen mit dem Bilde der Hodgkinschen Krankheit. Das Kind zeigt einen durch beiderseitige mächtige Schwellung der Lymphdrüsen enorm verbreiterten Hals. Auch die mediastinalen Lymphdrüsen erweisen sich im Radiogramm vergrößert. Dabei besteht hohes hektisches Ffeber, Kachexie, Anämie.

Das Blutbild ist das einer schweren Anämie. Hämoglobingehalt 35 %, rote Blutkörperchen 3 Millionen, weiße 12—20000, darunter 75—80 % polynukleäre Zellen. B. Schick (Wien).

---

78. Versammlung deutscher Naturforscher und Ärzte in Stuttgart

16.—22. September 1906.

Sektion für Kinderheilkunde.

(Nach der Deutschen med. Wochenschrift.)

Sitzung am 19. September 1906.

Vorsitzender: Czerny (Breslau).

Oberndorfer (München): **Herzhypertrophien im frühesten Kindesalter.** Mitteilung mehrerer Fälle hochgradiger Vergrößerung des Herzens von Säuglingen. Während als auslösendes Moment der Entstehung der Hypertrophie bei einigen die Vergrößerung der Tymus angenommen werden kann, ist die Genese der anderen Fälle in völliges Dunkel gehüllt. Das Herzgewicht, das im ersten Jahre 24—40 g normal beträgt, erreichte in den mitgeteilten Fällen das Drei- bis Vierfache des normalen (60, 66, 108, 132). Die Kinder entwickelten sich im allgemeinen normal. Die klinische Untersuchung ergab keine Anhaltspunkte für kardiale Erkrankung. Der Tod trat meist plötzlich, manchmal unter Krämpfen ein. Die Literatur kennt nur sehr wenige ähnliche Fälle. Nicht ausgeschlossen ist, daß Alkoholismus der Eltern für die Entstehung dee Hypertrophie verantwortlich ist; möglich ist auch, daß manche Fälle sogenannter idiopathischer Herzhypertrophie, die in höherem Alter konstatiert werden, in ihren ersten Anfängen auf das frühere Kindesalter zurückdatieren.

In der Diskussion bedauert Heubner (Berlin) den Mangel der pathogenetischen Anschauungen. Falkenheim (Königsberg) fragt nach den Ernährungsverhältnissen in den beschriebenen Fällen. Bernheim (Zürich) betont die Notwendigkeit der Herzwägungen in diesen Fällen nach der Methode Krehl (Müller). Czerny fragt nach der Entwicklung der Skelettmuskulatur, da Relationen zwischen dieser und Herzmuskulatur bestehen. Schlußwort: Oberndorfer sah niemals stark entwickelte Skelettmuskulaturen.

Holz (Stuttgart): **Zur Rachitis beim Hunde, Hasen und Reh.** Verf. bespricht Präparate von beim Hunde aufgetretener Rachitis, Skelettveränderungen beim Kaninchen, Feldhasen und Reh, die der menschlichen Rachitis entsprechen, abge-

sehen davon, daß das Vorkommen der kalklosen Substanz auf die Epiphysengegend beschränkt ist.

Dräseke (Hamburg): **Zur Kenntnis der Rachitis.** Er hat anatomische Veränderungen im Rückenmark bei Rachitikern gefunden, die er für die Ätiologie verantwortlich macht.

Diskussion: Thiemich (Breslau) und Czerny halten die Methodik für nicht einwandfrei.

Uffenheimer (München): **Die Knötchenlunge.** Vortr. verbreitet sich unter Demonstration zahlreicher Präparate über das Wesen der von ihm erstmals in seiner Habilitationsschrift beschriebenen Knötchenlunge. Er schildert neue Versuche, die er diesmal im Gegensatz zu den älteren, mit Tuberkelbazillen vom Typus humanus angestellten mit Tuberkelbazillen eines sehr stark virulenten Bovinusstammes vorgenommen hat, und bespricht außerdem eine große Reihe von Kontrollversuchen. Die verimpften Processusdrüsen eines der Bovinustiere verursachten eine echte Tuberkulose beim Impftier, im übrigen trat auch bei der Bovinusreihe regelmäßig wieder die Knötchenlunge auf. Nach Beschreibung gewisser mikroskopischer Details, wobei längere Zeit bei eigenartigen eosinophilen Prozessen in den Knötchenlungen verweilt wird, kommt Vortr. zu folgenden Schlußfolgerungen auf Grund seinen neuen Materials:

1. Die Bildung der Knötchenlunge kann durch Einbringung der verschiedensten organischen Stoffe in den Meerschweinchenkörper ausgelöst werden. Auch nach Impfung mit normaler Körpersubstanz neugeborener Tiere zeigt sich nach längerer Zeit diese Erscheinung. 2. Die Überimpfung von Blut und Drüsen vor kurzem mit Tuberkelbazillen gefütterter Meerschweinchen auf neue Meerschweinchen löst nicht nur mit großer Regelmäßigkeit die Knötchenlunge bei diesen Tieren aus, sondern führt zugleich im Organismus derselben zu Immunisierungsvorgängen gegen den Tuberkelbazillus, welche experimentell erwiesen werden können. Ein kausales Abhängigkeitsverhältnis der Immunisierungsvorgänge von der Bildung der Knötchenlunge ist bis jetzt noch nicht erwiesen. Möglicherweise sind die Knötchenbildung in der Lunge und die Immunisierung gegen den Tuberkelbazillus als koordinierte biologische Vorgänge aufzufassen. 3. Es ist aller Wahrscheinlichkeit nach die Möglichkeit gegeben, daß schnell nach der Fütterung der jungen Meerschweinchen mit dem Tuberkelbazillus einige wenige Keime in die verschiedensten Drüsen, eventuell in das Blut und die Organe übergehen können. Dies muß aber noch keine Erkrankung des Körpers an der Tuberkulose zur Folge haben, weil die einzelne Drüse usw. noch immer durch ihre Fähigkeit der abschwächenden Wirkung wenige eingedrungene Tuberkellbazillen völlig unschädlich machen kann.

Heubner (Berlin): **Über Pylorospasmus.** Er beobachtete über 49 Fälle unter 10000, also 0,5%. Von 21 Fällen endigten zwei — in derselben Familie — letal. 18 Fälle blieben mit Sicherheit jahrelang am Leben. In bezug auf das Geschlecht und das Alter, in denen das Symptom des Brechens auftrat, stimmen die persönlichen Erfahrungen mit den schon bekannt gegebenen überein. Bezüglich des Chemismus der Verdauung ergaben sich keine Besonderheiten. H. steht nicht auf dem Standpunkt, daß es sich um eine organische Erkrankung, um Neubildung oder Mißbildung handelt. Eine Wucherung des Bindegewebes sei in keinem Falle überzeugend bewiesen. Auch die Untersuchungen Wernstedts sprechen im Sinne H. für eine funktionelle Neurose des Magens. Das einzig Pathologisch-Anatomische, was die Mägen darbieten, ist die Muskelhypertrophie, die sich nicht nur auf den Pylorus, sondern auch auf den gesamten Fundusteil erstreckt. H. vertritt die Auffassung, daß die primäre Störung der Krampf der Magenmuskulatur ist, der höchstwahrscheinlich von Geburt an besteht. Ein Beweis für die kongenitale Natur liegt in der Familiendisposition zur Erkankung. Bezüglich der Pathogenese verweist H. auf Zustände im Bereich der willkürlichen Muskulatur, in der auch angeborene, rückgangfähige, rein spastische Erscheinungen vorkommen. Ein nicht geringer Prozentsatz des Materials bot Zeichen hereditärer Belastung. Als oberstes Prinzip in der Behandlung des Leidens stellt H. die Schonung des Magens hin; deshalb sieht er von Ausspülungen ab und läßt das Kind in großen Pausen nähren, trinken und auch brechen, soviel es will. Am besten ist die Ernährung an der Mutterbrust oder Amme; ferner empfiehlt sich die lokale Applikation warmer Breiumschläge. Bezüglich der Operation empfiehlt H. als Termin den dritten Monat zu wählen. Was die

späteren Schicksale der Kinder anlangt, so erfreuten sich viele eines ungestörten Befindens, einige boten nervöse Störungen dar.

In der Diskussion betont Ibrahim (München), daß der Beweis für die sekundäre Hypertrophie durch Spasmus nicht erbracht sei. Er bezweifelt, daß histologische Untersuchungen der Zellkerne weitere Erkenntnis bringen, und verspricht sich mehr vom Studium des reflektorischen Pylorusschlusses. Vielleicht liegt der Anomalie eine solche der mesenterialen Aufhängebänder zugrunde. Mit Rücksicht auf die Entstehung von Säuren aus Fett im Magen schlägt er vor, entfettete Milch zu geben, da die Säurewirkung auf den Pylorusschluß erwiesen sei. Siegert (Köln) glaubt nicht an eine angeborene Hypertrophie, sondern an funktionellen Spasmus. Er betont, daß sich in manchen Fällen gelabte Kuhmilch gut bewähre, was er mechanisch und durch Säurebildung erklärt. Franke (Hamburg) glaubt aus einem Fall schließen zu dürfen, daß fettarme Milch das Leiden verschlimmere. Feer (Basel) teilt eine interessante Beobachtung mit, in der ein Ulcus eingetreten war. Der Pylorus war auf der rechten Fossa iliaca, die Magenmuskulatur stark verdickt. Rosenhaupt (Düsseldorf) glaubt auch an die Schädlichkeit zu geringen Fettgehaltes der Milch. Er spricht sich gegen die Verabreichung großer Nahrungsmengen aus. Rommel (München) teilt die funktionelle Auffassung und befürwortet die Atropindarreichung. Pfaundler (München) betont, daß es in bezug auf die spastische und auch Mißbildungstheorie Unitarier gäbe. Er stehe auf dem Standpunkte des Dualismus. Als Stütze der organischen Auffassung betont er den oft erbrachten Zusammenhang mit Mißbildungen an anderen Organen, Versprengungen von Brunnerschen Drüsen usw. Es gibt kontrahierte Mägen, die das besprochene Bild imitieren. Das ist aber nur eine Massenverschiebung, während es sich bei der kongenitalen Stenose um Massenzunahme handelt. Auch das verschiedene Verhalten gegen die Einführung von Wasser unter Druck bespricht Pfaundler; ferner teilt er mit, daß der von Finkelstein beobachtete Pylorustumor oft nicht dort liegt, wo sonst der Pylorus. Pfaundler ist bei den spastischen Fällen von der glänzenden Wirkung der Magenspülung überzeugt, die mit kaltem Wasser ausgeführt werden und erschlaffend wirken soll. Heubner (Schlußwort) betont nochmals, daß die Wernstedtschen Untersuchungen für seine Auffassung sprechen. Er leugnet nicht die Möglichkeit des Vorkommens organischer Stenosen, aber diese seien etwas anderes. Er perhorresziert die Magenspülung und warnt vor Ammenwechsel oder Übergang zu künstlicher Ernährung. Czerny hält die Frage der Pathogenese noch nicht für gelöst.

Thiemich (Breslau): **Über die Entwicklung eklamptischer Säuglinge in der späteren Kindheit.** Th. spricht von jenen Krämpfen, jener Eklampsie, die auf dem Boden der elektrischen Übererregbarkeit entsteht. Er hat 53 Kinder, die seinerzeit an dieser Affektion litten, dauernd beobachtet. Von diesen sind 33 schulpflichtig (7—9 Jahr alt), eins ist 12 Jahre alt. Epileptisch ist gegenwärtig keins. 18 Kinder sind intellektuell normal, 21 schwach begabt, bei 14 Kindern läßt sich nichts aussagen. Von den 20 nicht schulpflichtigen sind 40 % schwach begabt. Unter den nicht schulpflichtigen Kindern sind solche mit stark verlangsamter Sprachentwicklung. Außer den intellektuellen Defekten bestehen neuropathische Störungen, Pavor nocturnus, Wutkrämpfe, choreiforme Bewegungen, Enuresis, Stottern, triebartiges Weglaufen, Pseudologia phantastica. Frei von den geschilderten Störungen ist ein Drittel des Materials, unter dem sich eine große Anzahl einziger Kinder befindet, weswegen die guten Leistungen nicht zu bindenden Schlüssen berechtigen. In bezug auf Heredität spielen Epilepsie, Tuberkulose, Alkoholismus, Schwachbegabung keine Rolle. Sowohl Eklampsie als defekte Weiterentwicklung sind Folgen einer kongenitalen, bzw. hereditären Minderwertigkeit.

Die vorgetragenen Untersuchungen hat Th. mit Unterstützung von Birk (Breslau) ausgeführt.

In der Diskussion betont Escherich (Wien) den Wert der Methode der vorgetragenen Untersuchungen, doch kann er sich nicht auf den Standpunkt stellen, der den Begriff der Eklampsie in dem der spasmophilen Diathese aufgehen läßt. Es ist eine Frage, ob wir berechtigt sind, eine verschiedene Pathogenese anzunehmen. Escherich denkt an eine gemeinschaftliche Pathogenese, vielleicht eine funktionelle Störung der Epithelkörperchen. Heubner schließt sich dieser Auffassung Escherichs nicht an, betont allerdings, daß nicht alle Krämpfe, die in jener Zeit auftreten, ihre Grundlage in der spasmophilen Dia-

these haben müssen. Er schlägt vor, bei dem Namen der Spasmophilie zu bleiben. Escherich betont, daß er nicht von gemeinsamer Ätiologie, sondern nur von gemeinsamer Pathogenese gesprochen habe. Finkelstein meint, daß Spasmophilie am besten den Konstitutionszustand bezeichnet. Er berichtet von seinen Dauerbeobachtungen, die denen Thiemichs ähnlich sind, insbesondere hat er viel Spasmophilien bei älteren Kindern gesehen. Degenkolb-Roda betont auf Grund seines Materials den Zusammenhang zwischen Epilepsie und Eklampsie. Thiemich (Breslau) sagt im Schlußwort, daß gerade die galvanischen Untersuchungen, wie die Breslauer Schule gezeigt hat, ein feines Reagenz für jene von ihm besprochene Störung abgeben. Er akzeptiert den Namen der Spasmophilie, um einem fruchtlosen Wortstreit zu entgehen. Dieser Begriff deckt sich aber jedenfalls mit dem Escherichs, dem Begriff des tetanischen Zustandes. Bezüglich der Epilepsie verweist Thiemich auf die widersprechenden Angaben der Literatur.

v. Pirquet (Wien): **Galvanische Untersuchungen an Säuglingen.** Nur bei starker Erhöhung der Erregbarkeit ist die K. Oe. Z. unter 5 m A. erreichbar; für leichte Übererregbarkeit ist die A. Oe. Z. wertvoller, welche beim normalen Säugling ebenfalls über der Schwelle von 5 m A. liegt. Bei fortlaufenden Untersuchungen anscheinend gesunder Kinder der Wiener Säuglingsabteilung ließen sich bei einem Teil derselben Übererregbarkeitserscheinungen und Erregbarkeitsschwankungen nachweisen. In einem Fall entstand im Verlaufe der Untersuchungen ein typischer tetanoider Zustand. Eine genaue Analyse der Syndrome läßt noch am ehesten den Einfluß respiratorischer Noxen vermuten. Der Übergang von Brust- auf Kuhmilch bewirkte in keinem der untersuchten Fälle eine deutliche Erhöhung der Erregbarkeit; ein Einfluß der Nahrung konnte nur einmal konstatiert werden, als Aussetzen der Kuhmilch von einer vorübergehenden Herabsetzung der Erregbarkeit gefolgt war. Darreichung selbst großer Mengen von Calcium bewirkte keine Veränderung.

In der Diskussion bemerkt Finkelstein (Berlin), daß es zum Zustandekommen des Phänomens der elektrischen Überregbarkeit notwendig sei, daß primär irgend eine Allgemeinstörung des Organismus bestehe. Erst infolge dieser kommt der Einfluß der Ernährung auf die Erregbarkeit zustande. Was diesen Faktor betrifft, so ist er wechselnd. Die Verhältnisse liegen oft ungeheuer kompliziert, so daß nur aus einem großen Material Schlüsse gezogen werden können. Ziehen wir dann ein Durchschnittsergebnis, so spricht es im Sinne der Breslauer Schule, daß unter natürlicher Ernährung andere Verhältnisse herrschen als unter Kuhmilchernährung bei kranken Kindern. Über die Bedeutung des Lebertrans muß er nach einer großen Reihe von Versuchen sagen, daß, wenn man Kinder mit roher Milch ernährt und ihnen Lebertran zuführt, fast in allen Fällen binnen 3 bis 4 Wochen die elektrische Erregbarkeit normal wird. Finkelstein sah nur zwei refraktäre Fälle unter 60 bis 70.

Im Schlußwort sagt Pirquet, daß ihm die Ergebnisse seiner Versuche von Injektion mit Molke gegen deren Wirksamkeit zu sprechen scheinen.

Sitzung am 20. September 1906.

Vorsitzender: Finkelstein (Berlin).

Salge (Dresden) berichtet über die Herausgabe einer **Zeitschrift für Säuglingsfürsorge**, deren Projekt allgemeine Zustimmung fand.

Reinach (München) zeigt **Röntgenogramme hereditär-luetischer Knochenaffektionen.**

Schlesinger (Straßburg): **Aus der Anamnese und dem Status praesens schwach begabter Schulkinder.** An der Hand eines Beobachtungsmaterials von 138 Kindern einer Hilfsschule erörtert Vortr. die Bedeutung der nachteiligen Momente und schädigenden Faktoren, die beim Zustandekommen der Debilitas in Betracht kommen oder diese verstärken können. Es seien hier angeführt die Degenerationen der Nachkommenschaft der psychoneuropathischen, trunksüchtigen, luetischen, tuberkulösen Eltern und die beachtenswerte Stellung der Debilen in der Reihenfolge der Geburten dieser dekadenten Generation. Beachtenswert ist das soziale Milieu, das standesamtliche Verhältnis der Hilfsschüler. Aus der persönlichen Anamnese wird Nachdruck gelegt auf schwere oder langwierige Ernährungsstörungen im Säuglingsalter, aus dem Status auf die körperliche Rückständigkeit dieser Kinder im 1.—3. Jahre hinter ihren Altersgenossen. An Photographien werden Besonderheiten des Gesichtsausdruckes demonstriert. Ausgesprochene

Kretinen und Mikrocephale fehlen. Tonsillotomien brachten kaum noch irgend einer Richtung hin Erfolg. Fast pathognomonisch ist die Farbenblindheit. Eine Einteilung in eretische und torpide Debile gelingt nur bei den jüngeren Kindern; später kommen Charakterfehler, psychopathische Minderwertigkeiten zum Vorschein. Zu betonen ist schließlich die Konkurrenz ererbter und erworbener schädigender Faktoren in 88% der Fälle, wobei die letzteren qualitativ und quantitativ überwiegen.

In der Diskussion fragt Thiemich (Breslau) nach der Anzahl der epileptisch gewordenen Kinder epileptischer Mütter. Ferner betont er die ernste Beurteilung schwerer Kopfverletzungen in bezug auf die Veranlassung zu schweren Psychosen. Er teilt die Ansicht von der Bedeutung der um den Mittelwert schwankenden Kopfmaße und widerspricht der Bedeutung der verlegten Nasenatmung durch Adenoide für die Intelligenz der Kinder.

Rietschel und L. F. Meyer (Berlin): **Über Eiweißstoffwechsel bei schweren Ernährungsstörungen im Kindesalter.** Die Vortr. untersuchten das Verhalten des Glykokolls im Organismus an Enterokatarrh, bzw. schwerer Intoxikation leidender Säuglinge. Sie fanden, daß an dieser Affektion leidende Kinder auf dem Höhepunkt der Erkrankung diese Aminosäure unverbrannt zur Ausscheidung gelangen lassen. Sie orientierten sich darüber sowohl durch die Pfaundlersche Methode der indirekten Bestimmung als auch durch das von Neuberg angegebene direkte Verfahren. Sie betonen die Ähnlichkeit dieses Verhaltees mit der Tatsache, daß solche Kinder auch ihre oxydative Energie gegenüber einem Teil des Zuckers verloren haben.

In der Diskussion betont Langstein den eventuellen therapeutischen Wert der Zufuhr von Aminosäuren auf die bestehende Azidose mit Rücksicht auf neuere Untersuchungen von Eppinger. Pfaundler meint, daß diese Versuche für seine ursprünglich geäußerte Auffassung von einer Störung der oxydativen Energie in diesen Fällen sprechen. L. F. Meyer erörtert die Bedeutung der Zuckerausscheidung bei schweren Intoxikationen als regelmäßiges Vorkommen, und Finklstein definiert schließlich den Begriff der schweren Intoxikation beim Säugling, wie er ihn gefaßt hat. Rietschel stellt im Schlußwort Versuche mit anderen Aminosäuren in Aussicht.

Reyher (Berlin): **Zur Kenntnis der orthotischen Albuminurie.** Auf Grund poliklinischer Beobachtungen stellt der Autor die Tatsache fest, daß von den die Berliner Universitätskinderpoliklinik besuchenden Schulkindern ungefähr 12% an orthotischer Albuminurie leiden. Zieht man jedoch nur die an Skrofulose, bzw. latenter Tuberkulose leidenden Kinder in Betracht, so steigt das Prozentverhältnis bis auf ungefähr 60%. Diese Zahlen ähneln den von Martius und seinen Schülern angegebenen. Die Tatsache der Prädisposition tuberkulöser Kinder für Albuminurie ist schon von Teissier hervorgehoben worden, der eine Intoxikation als Ursache beschuldigt. Dieser Auslegung schließt sich R. nicht an, er betont schließlich, daß orthodiagraphische Untersuchungen der Herzen der an der Affektion leidenden Kinder keine Vergrößerung, sondern eher ein zu kleines Herz ergeben haben.

In der Diskussion erwähnt Langstein gleichbedeutende Untersuchungen Pfaundlers, fragt nach den Ausscheidungsverhältnissen der Eiweißkörper in den von Reyher untersuchten Fällen und erörtert die Bedeutung des Blutdrucks. Arthur Meyer (Berlin) teilt mit, daß seine Herzuntersuchungen mit denen Reyhers übereinstimmen. Reyher betont im Schlußwort, daß auch er immer den durch Essigsäure fällbaren Eiweißkörper gefunden habe.

Siegert (Köln): **Der Nahrungsbedarf jenseits des ersten Lebensjahres.** Für den erhöhten Nahrungsbedarf des wachsenden Kindes sind rasches Wachstum, größerer Bewegungstrieb, relativ große Oberfläche maßgebend; daß aber die Eiweißzufuhr deshalb besonders groß nicht zu sein braucht, beweist die Tatsache des mit 1,5 bis 1 g per Kilo ideal wachsenden Säuglings. Das vorliegende Material bringt durchweg um etwa 100% zu große Eiweißwerte (Hasse, Herbst, Apfelmann, Heubner, Selter), da Camerers Tabelle überall ohne die von ihm in der zweiten Auflage seines Stoffwechsels des Kindes verlangte Korrektur übernommen wird. Camerers rektifizierte Zahlen sind so exakte, tatsächlich richtige, daß auch die genauesten kalorimetrischen Untersuchungen nicht viel daran ändern werden. Sie gewinnen nicht nur für den normalen Nahrungsbedarf, sondern für die Pathologie der Ernährung eine nicht zu unterschätzende Bedeutung, da sie

die letztere sogar erst durch den Vergleich mit den physiologischen Werten dem Verständnis zugänglich machen, wie sie anderseits den Widerspruch aller anderen Angaben mit den Ergebnissen der modernen Stoffwechseluntersuchungen am Menschen wie am Tier beseitigen.

Diskussion: Camerer jun. glaubt, daß die Korrektur in seines Vaters Tabelle ohne weiteres verständlich sei.

Wieland (Basel) demonstriert das **Präparat eines riesenhaft vergrößerten Vorderfußes bei einem 1 jährigen Kinde.** Die Mißbildung mußte wegen raschen, ruckweisen Wachstums durch Amputation entfernt werden. Sie bestand im wesentlichen aus gewuchertem Fettgewebe bei relativ vergrößertem Skelett. Als ursächliches Moment der völlig dunklen Erkrankung sind wahrscheinlich Störungen der embryonalen Keimanlage (Vorhandensein eines partiell überreichlichen und fehlerhaften Anlagematerials) anzunehmen. Die hereditären Verhältnisse sind bedeutungslos.

Dörnberger (München): **Beobachtungen an Ferienkolonisten.** Übersicht über Gewichts-, Längen- und Brustweitenbestimmungen bei jüdischen Knaben und Mädchen mehrere Jahre hindurch vor Besuch und nach Schluß des Ferienkolonieaufenthaltes. Nach Ansicht des Autors sind zur Beurteilung des Erfolges nicht nur Berechnungen der Mittelmaße wichtig, sondern auch Sichtung des beobachteten Materials nach Geschlecht, Alter und sozial verschiedenen Gruppen, sowie gesonderte Betrachtung der einzelnen Kinder und Vergleichung derselben untereinander. Vervollständigt würde das Urteil durch Blutuntersuchungen, Beachtung des körperlichen und geistigen Verhaltens nach Genuß des Kolonieaufenthaltes während des ganzen Jahres. Vervollständigungen müßten die Koloniebestrebungen durch organisierte Fürsorge unter dem Jahre erfahren. Bei der Auswahl sollten vor allem die gesundheitlichen und sozialen Verhältnisse den Ausschlag geben, weniger der Fleiß in der Schule und Würdigkeit der Eltern.

In der Diskussion betont Rauchfuß, daß es in den Ferienkolonien Petersburgs gelungen sei, mehrere elende Kinder auf die mittlere Gewichtskurve zu bringen, indem in $2^1/_2$ Sommermonaten Zunahmen von 5—7 kg erreicht wurden. Er erörtert hierauf die Bedeutung der Winterkolonien für rekonvaleszente und schwächliche Kinder.

Leo (Remscheid) macht ausführliche Mitteilungen über **Indikanausscheidung im frühen Kindesalter.**

IV. Monats-Chronik.

Berlin. Dem Komitee für die **Errichtung einer Musteranstalt zur Bekämpfung der Säuglingssterblichkeit** haben der Kaiser und die Kaiserin je 10000 Mk. gespendet.

— Für das **Kaiser und Kaiserin Friedrich-Kinderkrankenhaus**, das der immer größer werdenden Inanspruchnahme schon längst nicht mehr genügt, ist eine bedeutende Erweiterung seitens des Magistrats in Aussicht genommen.

Groß-Lichterfelde. Ein **Erholungsheim** für 32 erholungsbedürftige, namentlich tuberkuloseverdächtige Kinder, ist gegründet. Leitender Arzt ist Dr. Hesse, doch kann jeder Arzt, der ein Kind überweist, die Behandlung selbst übernehmen. Der Pflegesatz beträgt 2 Mk. Anmeldungen durch die Auskunft- und Fürsorgestellen für Tuberkulöse.

Heidelberg. Geheimrat Prof. Dr. Fleiner ist zum Direktor der Medizinischen Poliklinik und der Kinderklinik als Nachfolger des verstorbenen Vierordt ernannt.

Graz. Fräulein Dr. med. Oktavia Rollett, die Tochter des 1903 verstorbenen Physiologen Hofrat Prof. Dr. Alex. Rollett, wurde zur Sekundärärztin an der chirurgischen Abteilung des Anna-Kinderspitals hierselbst ernannt. Sie ist die erste Sekundärärztin in Österreich.

Verantwortlicher Redakteur: Dr. Eugen Graetzer in Friedenau-Berlin. — Verlag von Johann Ambrosius Barth in Leipzig. — Druck von Metzger & Wittig in Leipzig.

Centralblatt für Kinderheilkunde.

Eine Monatsschrift für praktische Ärzte.

XII. Jahrgang. **1. Februar 1907.** No. 2.

I. Referate.

H. G. Anthony, Scrofula. (Illinois Med. Jour. May 1906. Verf. unterscheidet zwei Arten von Skrofulose, einfache und komplizierte. Die einfache Skrofulose umfaßt nichttuberkulöse Lymphadenitis, gewisse Augenerkrankungen, besonders Blepharitis und Conjunctivitis phlyctaenulosa; Erythema induratum, Hyperidrosis, Granulosis rubra nasi, Impetigo, Eruptionen, die Varizellen ähnlich sind, verschiedene Formen von Ekzem, und chronische Bronchitis. Die komplizierte Art besteht aus den obengenannten Erscheinungen plus tuberkulöser Lymphadenitis, subkutaner Tuberkulose (Skrofuloderma), verschiedenen Tuberkuliden usw., Verf. empfiehlt, daß die nichttuberkulöse Skrofulose mit „Chronische, pyogenische Infektion der Nase und des Rachens" bezeichnet werde. **H. B. Sheffield.**

B. Salge, Einige Bemerkungen über die Therapie der Skrofulose. (Berliner klin. Wochenschrift. 1906. Nr. 27.) S. hält daran fest, daß jedes skrofulöse Kind als mit Tuberkelbazillen infiziert angesehen werden muß. Dabei ist es aber durchaus nicht notwendig, daß klinisch oder auch anatomisch manifeste tuberkulöse Veränderungen nachweisbar sind. Es steht ferner fest, daß Kinder, die an skrofulösen Katarrhen usw. leiden oder gelitten haben, später sehr häufig an manifester Tuberkulose erkranken. Beides, jene Katarrhe sowie die eventuellen späteren manifesten Erscheinungen der Tuberkulose, sind der Ausdruck derselben Infektion mit tuberkulösem Virus.

Geht man hiervon aus, so wird man das skrofulöse Kind nicht nur schützen wollen gegen eine neue Infektion mit Tuberkelbazillen, sondern man wird auch versuchen, die sicher schon vorhandene Infektion zur Abheilung zu bringen. Ausgezeichnete Resultate kann man mit Seeluft erreichen, doch ist zu betonen, daß bei uns nur an der Nordsee wirkliches Seeklima herrscht. Auch junge Kinder vertragen dasselbe sehr gut, nur dürfen sie nicht sofort den ganzen Tag am Strande bleiben, sondern sie müssen ganz allmählich an das Klima gewöhnt werden. Man schicke sie zunächst gar nicht, dann nur für kurze Zeit an den Strand, erst nach 1—2 Wochen etwas länger. Junge Kinder müssen auch vor und nach der Hauptmahlzeit einige Zeit ruhen und schlafen. Kräftige, überernährte, pastöse, aber nicht sehr anämische Kinder können die nach dem offenen Meer gelegenen Kurorte aufsuchen, weniger kräftige die Orte am Wattenmeer. Blasse, zarte, magere Kinder vertragen Seekuren schlecht, sie gehören ins waldige Mittelgebirge, nicht an die See. Für die andern wären die

Kurerfolge noch bessere, wenn auch der Winter mit hinzugenommen werden könnte, wo oft der erreichte Erfolg wieder vernichtet wird, indem die ärmeren Kinder in ihren unhygienischen Wohnungen leben müssen. Es müßten also in den Seeorten auch bessere Einrichtungen für Winterkuren getroffen werden, damit letztere weit mehr durchgeführt werden könnten, als es bisher geschieht. Grätzer.

E. Abderhalden, Skrofulose oder Tuberkulose oder eine sonstige Erkrankung des lymphatischen Systems? (Medizin. Klinik. 1906. Nr. 51.) A. bringt den sehr interessanten Stammbaum einer Familie, in welcher „Tuberkulose" bis jetzt noch in keiner Generation beobachtet worden ist, in der jedoch einzelne Glieder verschiedener Generationen an sogenannten skrofulösen Drüsen litten, die aber nur bei Nachkommen der weiblichen Linie auftraten, während diejenigen männlicher Linie keinen einzigen Fall aufweisen.

A. schreibt dann weiter über diese Familie:

„In allen Fällen handelt es sich um ein schubweises Auftreten der Drüsen und zwar speziell im Frühjahr. Während im Fall 1, 3 und 4 die Drüsen die einzige Manifestation der Skrofulose bzw. Tuberkulose bildeten, erkrankte Fall 2 zuerst im Alter von 13 Jahren an Pleuritis mit nachfolgender Peritonitis mit ausgesprochener Schwellung der mesenterialen Lymphdrüsen. Ein Jahr nach dem Ablauf dieser Erkrankung trat auf der linken Halsseite ganz reaktionslos eine etwa taubeneigroße Schwellung auf. Die steinharte Drüse machte keine weiteren Symptome und wurde erst beim Versuch, sie durch Anschneiden zu beseitigen, infiziert und eiterte nun etwa 9 Monate lang. Im 21. Lebensjahre trat an der gleichen Stelle vollständig reaktionslos im Frühjahr eine zweite Drüse auf. Sie erreichte etwa die Größe eines Taubeneies und verschwand ohne jede Therapie nach 2 Monaten ganz spurlos. Endlich trat im 25. Lebensjahre wiederum im Frühjahr eine Schwellung an der gleichen Halsseite auf. Als Ursache kommt vielleicht eine ca. 14 Tage vor der Beobachtung der Schwellung vorhandene Angina in Betracht. Die Schwellung war wiederum „plötzlich" da. Sie machte keine Beschwerden und war nicht druckempfindlich. Nach etwa 14 Tagen machte sich in der rechten Achselhöhle ein ganzer Kranz von etwa bohnengroßen Drüsen bemerkbar. Sie bewirkten an und für sich keine Symptome und kamen erst durch die durch sie indirekt (Druck) hervorgerufenen Neuralgien zur Beobachtung. Sowohl die Drüse am Hals, als die zahlreichen Drüschen in der Achselhöhle verschwanden nach 3 Monaten ohne jede Therapie vollständig, und seitdem sind keine Schwellungen mehr beobachtet worden. Hervorheben wollen wir noch, daß alle erkrankten Glieder der Familie sich meist einer hervorragend guten Gesundheit erfreuen und auch nicht im entferntesten einen „phthisischen" Eindruck erwecken. Es sind auch nie Symptome von seiten der Lunge nachweisbar gewesen. Eine besondere Gelegenheit zur Infektion mit Tuberkelbazillen lag auch nicht vor. Beachtenswert ist auch, daß die genannten Glieder dieser Familie zum Teil örtlich vollständig getrennt erkrankten, und daß die Ausbildung der Drüsen etwa mit dem 12. Jahre einsetzte und mit dem 20.—25. Lebensjahre zum Abschluß kam.

Hat man es hier nun mit einem besonderen Krankheitsbild zu tun? Tatsächlich gibt es noch weitere Familien, die ganz genau dasselbe Bild aufweisen. Es fehlen die Manifestationen der Tuberkulose im gewöhnlichen Sinn, auch der bekannte skrofulöse Habitus ist nicht vorhanden, einzig und allein „Drüsen" bzw. deren Narben weisen bei sonst blühendem Aussehen auf eine frühere Erkrankung des genannten Systems hin. Stellen diese Fälle vielleicht eine erfolgreiche Abwehr der unter Umständen durch die Rachenmandeln eingedrungenen Tuberkelbazillen dar? Geben sie uns vielleicht einen Hinweis auf einen ganz gewöhnlichen Infektionsmodus? Wir wollen diese Fragen

nur stellen und nicht beantworten und hoffen, daß unser Beitrag dazu anregt, ähnlichen Fällen nachzuspüren.“ Grätzer.

E. Deutsch, Schutz der Kinder gegen Tuberkulose. (Tuberkulosis. 1906. III.) D. hat in Paris das Funktionieren des „Oevre de préservation de l'enfance contre la tuberculose“ eingehend studiert und empfiehlt die Einführung dieser Institution. Verf. glaubt nicht an die kongenitale Tuberkulose, das Kind ist ein „locus minoris resistentiae“, das durch die Umgebung leicht infiziert wird. Entfernung aus dem durchseuchten Milieu rettet das Kind vor Infektion. Granchers Institution bringt gesunde Kinder tuberkulöser Eltern bei Bauern auf dem Lande unter und verrichtet auf diese Weise ein segensreiches Werk ersten Ranges.

Autoreferat Ernö Deutsch (Budapest).

H. Méry (Paris), Préservation scolaire contre la tuberculose. (Archives de med. des enfants. Juillet 1906. S. 385.) Der Verf. gibt zusammenfassend eine Anzahl prophylaktischer Maßregeln, deren Befolgung von Wichtigkeit ist, falls es sich um die Bewahrung der Schulkinder vor Tuberkulose handelt. Dieselben können eingeteilt werden in: Maßregeln von kollektiver Prophylaxis und solche, welche hauptsächlich den Zweck haben, die Entwicklung der Krankheit bei den bereits latent erkrankten oder nur prädisponierten Kindern hintanzuhalten.

1. Maßregeln für die kollektive Prophylaxis. Dieselben beziehen sich hauptsächlich auf die Hygiene der Schullokale. Dieselben sollen möglichst viel Licht erhalten, weite Höfe besitzen, eine rationelle Ventilierung haben und in den Klassen wenigstens 1,25 qm für jedes Schulkind reserviert sein. Waschbare Mauern und eine Fußbodenbekleidung ohne Fugen ermöglichen die größte Reinlichkeit, sind also vorzuziehen.

Es soll nur feucht gekehrt werden und hierzu keine Schulkinder verwendet werden. Überall müssen systematisch Spucknäpfe angebracht und das Speien auf den Boden strengstens untersagt werden. Eine allgemeine Desinfektion der Schulräume soll wenigstens einmal im Jahre vorgenommen werden; ist einer von den Schülern oder Lehrern an offener Tuberkulose erkrankt, so sollen die von ihm bewohnten Räume sorgfältig desinfiziert und mit frischer Malerei oder neuen Tapeten versehen werden.

2. Maßregeln für die individuelle Prophylaxis. Eine gewisse Anzahl von prophylaktischen Maßregeln muß gegenüber jenen Kindern ergriffen werden, die an geschlossener Tuberkulose leichterer oder schwerer Form leiden. Die ersteren können weiter in der Schule wohnen, ärztlich beaufsichtigt, eine spezielle hygienische Lebensweise, namentlich was Ernährung und respiratorische Gymnastik anbelangt, führen, doch durch physische Anstrengungen nicht übermüdet werden. Eine wirkliche Heilung derartiger Tuberkulosekandidaten kann aber nur durch einen längeren Landaufenthalt erzielt werden und namentlich durch die von Grancher warm empfohlenen Schulkolonien, tuberkuloseverdächtige Kinder sollen ihren Schulunterricht auf dem

Lande oder im Gebirge in speziell hierfür eingerichteten Schulen durchmachen. E. Toff (Braila).

A. Calmette et C. Guérin, Une nouvelle methode de vaccination contre la tuberculose. (Académie de sciences, Paris, séance du 12 Juin 1906.) Die Versuche der Verff. haben gezeigt, daß Tuberkelbazillen, welche durch Hitze oder verschiedene Reagenzien getötet worden sind, mit derselben Leichtigkeit durch die Darmwand treten wie lebende Bazillen und dann ebenso wie die letzteren in den Mesenterialganglien und in den Lungen gefunden werden. Hiervon ausgehend, untersuchten die Verff., ob junge Tiere (Kälber und Ziegen), welchen man in Zwischenräumen von 45 Tagen 2 Dosen von je 5 und 25 cg toter oder in verschiedener Weise in ihrer Vitalität und Virulenz veränderter Bazillen eingibt, dann ohne Nachteil 5 cg frischer Kuhtuberkulose, welche andere Tiere sicher infiziert, einnehmen können.

Es wurde auf diese Weise festgestellt, daß Bazillen der Kuhtuberkulose, die durch 5 Minuten langes Kochen oder Erwärmen auf 70°, und auf die oben erwähnte Art eingegeben, nach 4 Monaten und für einen noch nicht näher bestimmten Zeitraum in perfekter Weise die Tiere gegen Infektionen, welche vom Verdauungstraktus ausgehen, zu schützen imstande sind.

Diese Einimpfung bietet gar keine Gefahr dar und ist imstande junge Kälber gegen die Infektion mit Tuberkulose zu schützen, es bliebe also nur noch, diese Untersuchungen weiter zu verfolgen und zu vervollkommnen, um sie dann am Menschen anwenden zu können. Die Verff. sind der Ansicht, daß es möglich sein wird, junge Kinder gegen die natürliche Infektion mit Tuberkulose zu schützen, indem man ihnen wenige Tage nach der Geburt und dann einige Wochen später eine geringe Menge menschlicher oder boviner, in der erwähnten Weise veränderter Tuberkelbazillen eingibt. Man müßte nur die Vorsichtsmaßregeln ergreifen, die derart geimpften Kinder 4 Monate lang vor jeder tuberkulösen Ansteckung zu bewahren. Die Schwierigkeiten, welche sich der allgemeinen Anwendung dieser Maßregeln entgegenstellen würden, wären gering anzuschlagen im Verhältnisse zu den großen Vorteilen, welche für die Menschheit aus dem Umstande erwachsen würden, daß die zukünftige Rasse aus gegen die Tuberkulose refraktären Individuen bestehen würde. E. Toff (Braila).

J. Kathe, Das ätherische Ol im Knoblauch, ein neues, angeblich antituberkulöses Spezifikum. (Dissertation. Halle 1905) Nach den Angaben Carazzanis sollte der Knoblauch im Tierexperiment und am Krankenbett einen günstigen Einfluß auf die Tuberkulose ausüben. Die Tierversuche wurden von K. einer Nachprüfung unterzogen, indem einer Anzahl Meerschweinchen täglich Knoblauchsaft eingeflößt wurde. Nach 3 Wochen wurden sie 2 mal einer $^3/_4$ stündigen Inhalation mit zerstäubtem tuberkulösem Auswurf ausgesetzt. Zwar erlangen die vorbehandelten Tiere ebenso wie die Kontrolltiere eine Tuberkuloseinfektion, aber bei den ersteren waren die Mesenterialdrüsen in keinem Falle ergriffen. Die beim Inhalieren stets mitverschluckten Tuberkelbazillen werden nach Ansicht K.s im

Darm durch das als lokales Antiseptikum wirkende Knoblauchöl abgetötet, und die Infektion erfolgt ausschließlich auf dem Respirationswege. In einer zweiten Versuchsreihe wurden die mit Knoblauchsaft vorbehandelten Tiere mit Tuberkelbazillenreinkultur subkutan geimpft. Hier war durchaus keine Einwirkung auf die tuberkulöse Infektion zu erkennen; alle Tiere starben an Tuberkulose. Der Knoblauchsaft bzw. das darin enthaltene Öl übt also nur im Darm eine abtötende Wirkung auf die Tuberkelbazillen aus, eine Beeinflussung der in den Lungen lokalisierten Prozesse war nicht wahrzunehmen. H. Netter.

E. Ullmann (Znaim), Über meine Erfolge mit Dr. Marmoreks Antituberkuloseserum. (Wiener klin. Wochenschrift. 1906. Nr. 22.) U. hat einige Kinder mit Knochen- und Drüsentuberkulose mit dem Serum behandelt und war mit den Erfolgen sehr zufrieden. Auch bei einer skrofulösen Ophthalmie hatte er einen sehr schönen Erfolg. Er appliziert das Serum rektal. Grätzer.

A. Hoffa, Über das Marmorek-Serum in der Therapie der chirurgischen Tuberkulosen. (Berliner klin. Wochenschrift. 1906. Nr. 44.) H. empfiehlt das Serum von neuem warm zur Behandlung der Knochen- und Gelenktuberkulosen. Er appliziert das Serum jetzt rektal, wodurch Nebenwirkungen vermieden und doch sehr befriedigende Resultate erzielt werden; das Serum wird stets gut behalten und resorbiert, auch von jungen Kindern.

H. führt 1. poliklinisch so behandelte Fälle (Kinder von 1 bis 10 Jahren) an, die täglich per rectum im Anfang 5 ccm, später 10 ccm 3—4 Wochen hindurch erhielten, nach 5—8 tägiger Unterbrechung eventuell eine zweite gleiche Serie. Zwei Heilungen, drei wesentliche Besserungen, vier günstige Beeinflussungen, zwei Versager. Im Cecilienheim in Hohenlychen wurden 18 Patienten so behandelt. Im ganzen ergab die rektale Serumbehandlung 18 % Heilungen, 27 % wesentliche Besserungen, 36 % günstige Einwirkungen, 18 % Versager.

Die rektale Methode wird voraussichtlich in Zukunft die vorherrschende sein. Sie ist höchst einfach und ermöglicht ohne Mühe das Serum in relativ großen Dosen ohne Schaden den Patienten einzuverleiben. Daß einige Fälle unbeeinflußt blieben, ist natürlich, da auch recht schwere, fast aussichtslose Fälle der Behandlung unterzogen wurden. Grätzer.

A. Zuber et **P. Armand-Delille,** Du rôle des Colonies de vacances dans la lutte contre la tuberculose. (Revue mens. des malad. de l'enfance. Avril 1906. S. 168.) Die Ferienkolonien spielen eine bedeutende Rolle im Kampfe gegen die Tuberkulose, und zwar sowohl wenn es sich um eigene Institute handelt, in welchen die Kinder serienweise im Laufe des Sommers, auf dem Lande oder am Meeresstrande, untergebracht werden, als auch bei Anwendung der familialen Unterbringung, wo die Pfleglinge in kleinen Gruppen bei speziell hierfür ausgewählten Bauernfamilien plaziert werden. Letztere müssen mit Bezug auf Moralität, Gesundheit und Reinlichkeit tadellos sein, eine vorgeschriebene Kost verabreichen

und auch die nötige Beaufsichtigung der Kinder durchführen können. Derartige Ferienkolonien sind in größerer Anzahl in verschiedenen Teilen Frankreichs eingerichtet worden; die Resultate sind sehr zufriedenstellend, und zwar sowohl in praktischer, als auch in hygienischer und kurativer Hinsicht. Hauptsächlich sollten in derartige Kolonien jene Kinder geschickt werden, die an Tuberkulose in den ersten Graden der Krankheit leiden, während solche mit offener Tuberkulose des Respirationstraktes auszuschließen sind. Eine genaue ärztliche Kontrolle der Kinder vor ihrer Absendung in die Ferienkolonie ist also von besonderer Wichtigkeit. Auch solche Kinder müssen ausgeschlossen werden, welche anderweitig schwer krank sind, wie z. B. Albuminurische, Herzkranke, Bronchitiker usw., auf welche der Landaufenthalt nachteilig einwirken könnte. Auch die Landbewohner, bei welchen die betreffenden Kinder untergebracht werden sollen, müssen in gesundheitlicher Beziehung ärztlich kontrolliert werden.

Es ist ferner zu trachten, daß die Kinder während ihres Landaufenthaltes keinerlei physischen Überanstrengungen ausgesetzt werden, so beispielsweise sollten übermäßige Fußtouren, zu häufige Flußbäder u. ä. vermieden werden. Dies ist namentlich für tuberkulöse Kinder von Wichtigkeit, für welche körperliche Ruhe ebenso notwendig ist, wie gute Luft und reichliche Ernährung. E. Toff (Braila).

Eugen Binswanger, Über probatorische Tuberkulininjektionen bei Kindern. (Arch. f. Kinderheilkunde. Bd. 43. Heft 1—4.) Bei ca. 1000 Einzelinjektionen wurde keinerlei Schädigung der Patienten durch das Tuberkulin beobachtet. Unter 261 injizierten Kindern fanden sich 35 positiv Reagierende. Unter den überhaupt injizierten Patienten kamen 42 im Dresdener Säuglingsheim zur Obduktion. Von diesen 42 hatten intra vitam 16 positive Reaktion gezeigt, während 26 nicht reagierten. Bei der Obduktion erwiesen sich sämtliche 16 positiv reagierenden als tuberkulös, während unter den 26 während des Lebens nicht reagierenden Kindern 25 sich als tuberkulosefrei, eines dagegen als tuberkulös erwies. Dem positiven Ausfall der Tuberkulinreaktion bei Kindern innerhalb der ersten Lebensjahre ist daher ein hoher diagnostischer Wert für das Vorhandensein einer Tuberkuloseerkrankung beizumessen. Drei Fälle mit negativem Ausfalle sind erwähnenswert, weil es sich um Kinder handelt, die von hochgradig tuberkulösen Müttern geboren waren. In allen drei Fällen verstarben die Mütter wenige Wochen, bzw. nach Geburt dieser Kinder an Lungenphthise; trotz schwerer tuberkulöser Belastung können also Kinder tuberkulosefrei bleiben. Vielleicht liegt hier aber eine latente Tuberkuloseinfektion (Tuberkulo-Bazillose) vor. Der diagnostische Wert des Tuberkulins müßte sonach dahin eingeschränkt werden, daß es ungeeignet ist, tuberkulöse Infektion und somit auch eine eventuelle kongenitale Tuberkuloseinfektion bei Kindern innerhalb der beiden ersten Lebensmonate festzustellen. Verf. resumiert zum Schlusse seine Erfahrungen dahin: Probatorischen Tuberkulininjektionen beim Kinde ist ein höherer diagnostischer Wert beizumessen, als solchen beim Erwachsenen. Bei genauer Beobachtung der Kochschen Vor-

schriften sind die Injektionen beim Kinde sowohl unschädlich als in hohem Grade verläßlich. Die sogenannte Resistenz des gesunden Neugeborenen gegen das Tuberkulin, im Gegensatz zum scheinbar gesunden Erwachsenen, ist nicht eine spezifische Eigenschaft des kindlichen Organismus, sondern es ist in derselben meist nur ein Ausdruck des Tuberkulosefreiseins Neugeborener — im anatomischen Sinne — im Gegensatz zum Erwachsenen zu erblicken. Hecker.

N. Thomesco et **S. Gracoski** (Bukarest), Le séro-diagnostic tuberculeux en général et particulièrement chez les enfants. (Archives de méd. des enf. Août 1906. S. 458.) Als Kulturmedium haben die Verff. das von Proca und Vasilescu vorgeschlagene benutzt, bestehend in Kalbsserum, zu welchem 75 % Wasser hinzugefügt wurde, wodurch es die Eigenschaft, sich durch Hitze zu koagulieren, verliert. Dasselbe gibt homogene Kulturen und ist dem Serum von Arloing und Courmont vorzuziehen. Die benutzten Verdünnungen betrugen $^1/_5$, $^1/_{10}$, $^1/_{20}$, $^1/_{30}$ usw.

Die Schlüsse, zu welchen die Verff. gelangten, sind folgende:

1. Eine positive Reaktion ist fast immer das Zeichen des Bestehens irgendeiner tuberkulösen Läsion.

2. Eine negative Reaktion berechtigt aber nicht den gegenteiligen Schluß zu ziehen und die Möglichkeit des Vorhandenseins einer tuberkulösen Erkrankung vollkommen zu beseitigen. Sprechen andere Zeichen für Tuberkulose, so wäre das Fehlen der betreffenden Reaktion eher eine Folge des schlechten Allgemeinzustandes oder des vorgeschrittenen Stadiums der Läsionen.

3. Das Auftreten der Reaktion in solchen Fällen, wo klinische Zeichen für das Erkennen der Krankheit fehlen, ist von Bedeutung, da auf diese Weise die Krankheit in ihren ersten Anfängen erkannt werden kann und die Differentialdiagnose zwischen derselben und anderer mit zweifelhafter Symptomatologie gestellt werden kann.

4. Im allgemeinen kann gesagt werden, daß die Reaktion um so schwächer ist, als es sich um vorgeschrittene Läsionen handelt, die Tuberkulose allgemein im Körper verbreitet ist und der allgemeine Zustand des Patienten ein schlechter ist. Sehr oft findet man in derartigen Fällen gar keine Reaktion.

5. Die Untersuchungen der Verff. wurden an kindlichen Patienten vorgenommen, waren aber sehr deutlich und scharf ausgeprägt, was mit der Ansicht einiger Autoren in Widerspruch steht.

Die Technik dieser Untersuchungen ist noch verbesserungsfähig, wodurch gewiß noch manche dunklen Punkte derselben klargestellt werden könnten. E. Toff (Braila).

F. Prinzing (Ulm), Die Beziehungen zwischen Tuberkulose und Säuglingssterblichkeit unter statistischen Gesichtspunkten. (Tuberkulosis. September 1906.) P. bespricht die direkten und indirekten Beziehungen zwischen Tuberkulose und Säuglingssterblichkeit in kurzen Zügen und bringt dazu einige tabellarische Zusammenstellungen. Grätzer.

Eugen Binswanger, Über die Frequenz der Tuberkulose im ersten Lebensjahre. (Arch. f. Kinderheilk. Bd. 43. Heft 1—4.) Unter 532 Sektionen von Kindern des ersten Lebensjahres fanden sich 36 tuberkulös erkrankt, was einer Häufigkeit der Tuberkulose von 6,8 % entspricht. Die Tuberkulosemorbidität ist, wie vielfach schon hervorgehoben, im ersten Lebensjahre am geringsten unter allen Lebensjahren. Noch steiler führt die Morbiditätskurve in die Höhe, wenn die einzelnen Perioden des ersten Lebensjahres beobachtet werden. Unter den 36 tuberkulösen Leichen war nur in drei Fällen die Todesursache nicht in dem tuberkulösen Prozeß gelegen; daraus geht wiederum die exzessiv hohe Mortalität unter den Tuberkulosekranken des frühesten Kindesalters hervor. Hecker.

Arthur Schlossmann, Über die Entstehung der Tuberkulose im frühen Kindesalter. (Arch. f. Kinderheilk. Bd. 43. Heft 1—4.) Bezüglich der Genese der Tuberkulose im frühen Kindesalter war man übereingekommen, der Luftinfektion die Hauptrolle zuzuweisen, der hereditären Übertragung den Wert einer Rarität einzuräumen, die alimentäre Entstehung dagegen mehr und mehr abzuleugnen.

In der Frage der Heredität steht die Sache nun so: nach den Untersuchungen von Schmorl und Geipel ist der Befund von Tuberkelbazillen innerhalb der mütterlichen und auch der kindlichen Plazenta doch ein ziemlich häufiger. Wenn trotzdem die kongenitale Tuberkulose sehr selten ist, so liegt das entweder an einer starken Schutzkraft des fötalen Organismus oder daran, daß der Tuberkelbazillus längere Zeit latent erhalten bleibt. Ersteres ist sicher nicht der Fall, denn niemals findet man bei der Sektion tuberkulöser Säuglinge an irgendeiner Stelle eine reaktive Veränderung der Umgebung, die man als Heilungstendenz deuten könnte; nirgends etwa einen lokalisierten tuberkulösen Herd, beginnende Abkapselung oder Verkalkung.[1])

Die zweite Möglichkeit dagegen hat viel für sich. Wir können annehmen, daß der Tuberkelbazillus intrauterin in den Säuglingskörper eindringt, dort vorläufig wirkungslos bleibt, ohne eine eigentlich tuberkulöse Veränderung herbeizuführen; also latente Infektion, nicht latente Tuberkulose.

Für dieses Latenzstadium des Tuberkelbazillus spricht, daß Verf. unter Hunderten von tuberkulinisierten Säuglingen, von denen viele tuberkulösen Eltern entstammen, niemals in den ersten Tagen und Wochen dds Lebens eine positive Tuberkulinreaktion erhalten hat; auch dann nicht, wenn die Mutter fraglos tuberkulös war. Hätten diese tuberkulinisierten Kinder wirklich eine tuberkulöse Veränderung an sich gehabt, so wäre es zweifellos zu einer Reaktion gekommen; denn diese tritt auf, auch wenn nur minimalste tuberkulöse Affektionen vorhanden sind. S. erwähnt dann einen Fall, wo ein Kind sofort nach der Geburt von der tuberkulösen Mutter entfernt wurde, und

[1]) Dem widerspricht allerdings der vom Ref. gemachte Befund eines völlig abgekapselten tuberkulösen Herdes in der Lunge eines Neugeborenen, vergl. Hecker und Trumpp, Atlas und Grundriß der Kinderheilkunde, Tafel XV.

wo die Tuberkulinprobe gleich, dann wieder nach 3 Monaten und nach 6 Monaten negativ ausfiel; wo aber doch am Ende des ersten Lebensjahres positive Tuberkulinreaktion auftrat und eine Tuberkulose zum Ausbruch kam, ohne daß es trotz emsigster Nachforschung möglich war, eine Infektionsquelle nachzuweisen. Auch die paternelle Übertragung muß in Betracht gezogen werden.

Indessen bleibt für die große Mehrzahl doch die extrauterine Infektion als unzweifelhafte Ursache der Krankheit bestehen.

Die Lehre von der aërogenen Infektion wurde durch v. Behring unvermutet angegriffen, welcher behauptete, daß die Tuberkulose im Säuglingsalter eine alimentär erworbene sei, ja daß sogar die Lungenschwindsucht der Erwachsenen schließlich nichts anderes als das Ende vom Liede bedeute, welches einem Schwindsuchtskanditaten an der Wiege gesungen worden sei. S. präzisiert nun den vielfach mißverstandenen Standpunkt v. Behrings, dahin, daß dieser von einer alimentären Infektion gesprochen, aber durchaus nicht gesagt habe, daß die Kuhmilch Träger der Infektionserreger oder Hauptquelle für die Schwindsuchtsentstehung sei. Unbestreitbar werden aber auch alle Tuberkelbazillen, die sich von der tuberkulösen Umgebung oder von infizierten Gegenständen her auf der Zunge, den Lippen, in der Mundhöhle usw. des Säuglings absetzen, doch schließlich von der Milchnahrung aufgenommen und in den Magen und Darm hinuntergespült. In erster Linie ist es der kranke Mensch, von dem die Gefahr der Infektion droht. Die alimentäre Infektion muß nun durchaus nicht zu einer primären Tuberkulose des Säuglingstraktus führen, ebensowenig wie die primäre Ansiedlung der Tuberkulose in den Lungen- oder Bronchialdrüsen gegen eine Infektion von Magen- und Darmkanal aus spricht und aërogenen Ursprungs sein muß. S. glaubt nicht an die Inhalation als Ursache der Kindertuberkulose; denn bei allen bisher veröffentlichten Versuchen war stets die Möglichkeit der Verschluckung von Bazillen gegeben. S. hat in großen Präparatenserien niemals eine primäre Tuberkulose des Larynx oder der großen Bronchien, niemals einen einzigen Tuberkelbazillus in den Alveolarräumen entdeckt. Der Weg, den die Tuberkelbazillen vom Darm aus nehmen, entspricht der Richtung des Saftstromes durch die Darmwandung nach dem Blut- und Lymphstrom; möglicherweise sind sie an Fetttröpfchen gekettet. Die Mesenterialdrüsen können, aber müssen nicht infiziert werden. Durch den Ductus thoracicus kommen die Bazillen in das rechte Herz und von da in die Lunge. In dem breiten Flußbett der Lungenkapillaren ist Gelegenheit zur Ansiedlung gegeben; bei geringerer Menge gelangen die Bazillen durch die Lungenlymphkapillaren zu den Bronchialdrüsen. Bemerkenswert ist jedenfalls die Tatsache, daß stets, wenn Tuberkelbazillen in den Lymph- oder venösen Blutkreislauf eingeführt werden, es stets zu einer primären Ansiedlung in Lunge und Bronchialdrüsen kommt, auch wenn die Aufnahme enteral erfolgt war. Hecker.

Schlossmann u. St. Engel, Zur Frage der Entstehung der Lungentuberkulose. (Aus dem Dresdner Säuglingsheim.) (Deutsche med. Wochenschrift. 1906. Nr. 27.) Auf Grund ihrer Beobachtungen

und Experimente nehmen die Verff. für das frühe Kindesalter die Eingangspforte für die Tuberkulose ausschließlich im Verdauungsschlauche an. Der Weg, den die Bazillen zurücklegen, ist derselbe, der für die Nahrungsstoffe präformiert ist; vom Darm aus werden sie genau wie Fetttröpfchen resorbiert; sie passieren wie diese oder mit diesen die unversehrte Darmwandung und ebenso die mesenterialen Lymphdrüsen, kommen so in den Lymphstrom, durch den Ductus thoracicus ins rechte Herz und von hier aus in die Lungen. Trotz enterogener Infektion ist also die Lunge die erste und eventuell auch einzige Ablagerungsstätte der Bakterien. Daß Mikroorganismen und insbesondere Tuberkelbazillen die unverletzte Darmwand passieren können, unterliegt heute keinem Zweifel mehr. Haben aber die Bazillen einmal die Darmwand hinter sich, so finden sie in den regionären Drüsen zur Zeit der Verdauung kein Hindernis. Experimente zeigten, daß die Entstehung von Lungen- und Bronchialdrüsentuberkulose auf dem Wege vom Darm aus möglich und wahrscheinlich sei. Der Einwand, daß bei einer Verfütterung von Bazillen doch diese dabei in die Lungen „inhaliert“ werden können, ist hinfällig; auch junge Tiere verschlucken sich fast nie. Auch unterscheidet sich eine durch Aspiration erfolgte Infektion der Lungen anatomisch ganz wesentlich von der, die man nach Verfütterung von Bazillen an Tieren oder spontan entstanden beim jungen Kinde sieht. Doch noch ein Einwand mußte entkräftigt werden; nämlich der, daß es bei der Verfütterung von der Mundhöhle oder dem Pharynx aus zu einer Einwanderung in die regionären Lymphdrüsen und von hier per continuitatem zur Infektion der Bronchialdrüsen und Lungen komme. Die Verff. konnten auch dies durch Experimente an Meerschweinchen entkräftigen; es wurde hierbei eine aërogene Infektion sicher zu vermeiden gesucht. Wenige Stunden, nachdem man den Tieren unter entsprechenden Kautelen Tuberkelbazillen in den Magen gebracht, fand man sie bereits in der Lunge. Lungentuberkulose kann also zweifellos durch intestinale Infektion mit Tuberkelbazillen herbeigeführt werden, und es ist höchstwahrscheinlich, daß dies der einzige Weg ist.

Es steht heute bereits fest, daß die große Mehrzahl der überhaupt im Kindesalter sterbenden Individuen schon tuberkulös ist; von den zugrunde gehenden Säuglingen sogar erweisen sich 3,2 % (unter 3 Monaten), 8,4 % (4—6 Monaten), 16,8 % (7—12 Monate) als tuberkulös. In der Mehrzahl der Fälle fällt eben die Infektion mit Tuberkelbazillen in das frühe Kindesalter, die Manifestation der Tuberkulose allerdings häufig in ein späteres Lebensalter. Die Tuberkulose kann somit direkt als Kinderkrankheit bezeichnet werden. Man hat deshalb auch die Prophylaxe der Tuberkulose in die früheste Jugend zu verlegen und mehr wie bisher auf die Verhütung der Krankheit in der Kindheit zu achten. Ebenso wird für die therapeutische Bekämpfung der Tuberkulose die Jugendzeit die bedeutungsvollste sein.

Grätzer.

J. Comby (Paris), Etiologie de la tuberculose infantile. (La presse médicale. 1906. Nr. 94.) Entgegen den Annahmen, die gestützt auf Laboratoriumsversuche fast ausschließlich einen alimen-

tären Ursprung für die kindliche Tuberkulose annehmen und diesbezüglich hauptsächlich die tuberkulösen Kühe beschuldigen, hebt C. die Gefahr der menschlichen Kontagion hervor, welche sich namentlich als familiale Kontagion äußert und eine große Anzahl von tuberkulösen Infektionen verursacht.

Die Beobachtungen der täglichen Praxis lehren, daß Kinder nur dann tuberkulös werden, wenn sie mit Tuberkulösen zusammen wohnen, hingegen aber von der Krankheit verschont bleiben, falls man sie auf dem Lande in einer gesunden Familie unterbringt, ganz gleichgültig, ob die Kühe, von denen sie die Milch erhalten, tuberkulös sind oder nicht.

Ein weiterer Beweis, daß die tuberkulöse Infektion durch die Milch nicht jene Bedeutung hat, welche man ihr beimessen wollte, folgt auch daraus, daß in den großen Städten, wo sterilisierte Milch in großem Maßstabe benützt wird, die Anzahl der tuberkulösen Kinder nicht abgenommen, sondern eher zugenommen hat.

Ferner ist noch zu beachten, daß kleine Kinder, trotzdem sie meist mit Milch ernährt werden, doch nur einen kleinen Prozentsatz zur Tuberkulosenstatistik liefern, während derselbe um so größer wird, je weiter das betreffende Kind im Alter fortschreitet, je mehr es also in Kontakt mit tuberkulös Erkrankten kommt.

Die Prophylaxis der kindlichen Tuberkulose muß sich also in erster Linie nicht mit den Kühen beschäftigen, die wenig gefährlich sind, sondern mit der Prophylaxis der menschlichen Tuberkulose, also mit den Phthisikern, welche die Kinder aus ihrer Umgebung infizieren.

E. Toff (Braila).

F. F. Friedmann (Berlin), Experimentelle Beiträge zur Frage kongenitaler Tuberkelbazillenübertragung und kongenitaler Tuberkulose. (Virchows Archiv. Bd. 181. Heft 1.) F. experimentierte an Kaninchen und Meerschweinchen mit Menschen- und Rindertuberkelbazillen, um alle nur möglichen Wege und Folgen des Übertretens der Tuberkelbazillen von dem Elterntier auf den Embryo zu studieren. Zu dem Zwecke spritzte er die Bazillen in die Vasa deferentia und Hoden vor der Begattung, in die Vagina nach derselben, ferner je bei Böcken und Weibchen in die Lunge, die Bauchhöhle und unter die Haut, bald vor, bald nach der Begattung. Gewöhnlich nach 7 Tagen wurden die Weibchen getötet und die Embryonen teils an Serien auf Bazillen untersucht, teils großgezogen, teils zerrieben und weiterverimpft. Auf die sechs Versuchsreihen im einzelnen einzugehen, würde im Referat zu weit führen. Im großen und ganzen ergibt sich, daß eine germinale Übertragbarkeit sicher nachgewiesen wurde, daß die Keimzellen, ohne vernichtet zu werden, Träger der Bazillen sein können, daß der sich entwickelnde Embryo die Fähigkeit besitzt, die in ihm eingedrungenen Bazillen zu vernichten und zum gesunden Tiere auszuwachsen. Recht interessante Nebenbefunde ergeben sich aus den einzelnen Sektionsprotokollen der Elterntiere. Die in die Hoden und Nebenhoden eingespritzten Tuberkelbazillen führen keineswegs regelmäßig zu einer Allgemeininfektion, vielmehr kann die oft hochgradige Tuberkulose ganz auf die infizierten

Organe beschränkt bleiben. Bei einem hochträchtigen, intraperitoneal infizierten Meerschweinchen verlief die Tuberkulose äußerst rapide; der Tod trat innerhalb 13 Tagen ein. In den meisten Organen fanden sich überaus reichliche Mengen von Bazillen, doch war es nur ganz vereinzelt zur Entwicklung tuberkulöser Gewebsveränderungen gekommen. F. macht auf das analoge Verhalten der schwangeren Frau aufmerksam.

Stets betont F., daß er mit Menschen- und Rindertuberkelbazillen an Kaninchen und Meerschweinchen experimentierte, daß also manche negative Versuchsergebnisse möglicherweise auf eine größere Widerstandsfähigkeit seiner Versuchstiere gegenüber dem Bazillenmaterial zu beziehen seien. Den Schluß der Arbeit bildet die Mitteilung, daß F. in sechs Paar Hoden und Nebenhoden, die von Lungenphthisikern stammten und an zahlreichen Serienschnitten untersucht wurden, nur in einem Falle zwei Bazillen finden konnte. Er schließt daraus, daß auch beim Menschen eine germinale Infektion möglich ist, wenn sie auch an Bedeutung gegenüber den anderen Infektionswegen stark zurücktritt.

Bennecke (Jena).

H. Beitzke, Über den Weg der Tuberkelbazillen von der Mund- und Rachenhöhle zu den Lungen, mit besonderer Berücksichtigung der Verhältnisse beim Kinde. (Virchows Archiv. Bd. 184. Heft 1.) Auf Grund eingehender Untersuchungen an Leichenmaterial und experimenteller Prüfung kommt B. unter kritischer Berücksichtigung der Literatur zu folgenden Schlüssen:

1. Es existieren keine zuführenden Lymphgefäße von der Kette der zervikalen Lymphdrüsen zu den bronchialen Drüsen.
2. Für eine tuberkulöse Infektion der Lungen von den Halsdrüsen aus kommt nur der Weg durch die Trunci lymphatici und die obere Hohlvene in Betracht.
3. Dieser Infektionsweg ist aber — wenigstens beim Kinde — praktisch ohne wesentliche Bedeutung. Die Infektion der Lungen bzw. Bronchialdrüsen kommt beim Kinde vielmehr in der Regel durch Aspiration von Tuberkelbazillen in den Bronchialbaum zustande; eine absteigende Zervikaldrüsentuberkulose geht manchmal unabhängig davon nebenher.
4. Die aspirierten Bazillen können in der Atemluft enthalten sein, sie können aber auch aus dem Munde stammen, in den sie mit infizierter Nahrung oder durch Kontakt (Schmutzinfektion) gelangt sind.

Ausführliche Literatur am Schluß der Arbeit.

Bennecke (Jena).

A. W. Bruck, Beitrag zur Tuberkulose des Säuglingsalters. (Aus dem städt. Kinderhospital in Köln.) (Münch. med. Wochenschrift. 1906. Nr. 49.) Es handelte sich um das Kind einer früher tuberkulösen Mutter, die geheilt war und jedenfalls zur Zeit der Geburt und des Stillens keinerlei klinisch festzustellende Zeichen eines neuen Herdes darbot. Dieses Kind gedieh prächtig an der Mutterbrust und konnte sowohl seinem Anwuchs und Wohlbefinden als auch seinen statischen Funktionen nach ein Idealkind genannt werden.

Trotzdem eine schon früh bestehende Bronchitis und Rhinitis nach dem Sektionsbefund als tuberkulös festgestellt wurde und eine anfangs für eine einfache Exostose angesprochene Geschwulst am Hinterkopf pathologisch-anatomisch als Metastase erkannt wurde, ist das Fehlen jeder Ernährungsstörung und der fieberlose Verlauf während der vier ersten Monate bemerkenswert. Auch das Abstillen vertrug das Kind gut. 5 Tage war Patient dann der Anstalt fern. Er war in einer ungesunden, ungünstigen Umgebung, wurde auch unzweckmäßig ernährt und kehrte dann gänzlich verändert in die Klinik zurück. Beträchtliches Fieber oder Störungen des Allgemeinbefindens höheren Grades zeigte das Kind jedoch auch jetzt nicht. An eine ausgebreitete Tuberkulose war nach dem klinischen Befinden absolut nicht zu denken. Erst $2^1/_2$ Wochen vor dem Tode entwickelte sich das Bild der tuberkulösen Meningitis, der Patient erliegt.

In dem Falle ist an eine kongenitale Übertragung durch die Mutter nach dem klinischen Bilde und Sektionsbefunde nicht zu denken. Überhaupt ist eine solche Art der Infektion äußerst selten. Eine Fütterungstuberkulose ist ebenfalls nicht anzunehmen, da die mesenterialen Drüsen im wesentlichen intakt waren und nur einzelne frische Herde zeigten. Auch ist ein anderes Kind, welches die Mutter zugleich mitstillte, gut gediehen, und die jetzt bei diesem angestellte Tuberkulininjektion (0,001 Tuberkulin alt) ist reaktionslos verlaufen. Dagegen waren die Bronchialdrüsen in toto verkäst und zum Teil bis walnußgroß. Die Herde waren zum Teil alt. Es ist also nach dem anatomischen Bilde die Bronchialdrüsentuberkulose zweifellos das Primäre gewesen. Durch den engen Kontakt, welchen das Kind mit der Mutter naturgemäß hatte, ist offenbar die Infektion erfolgt, wenngleich, wie schon erwähnt, bei der Mutter zurzeit keine feststellbare offene Tuberkulose besteht.

Es handelte sich also entweder um eine kurz nach der Geburt, wahrscheinlich gelegentlich der Rhinitis bei dem disponierten Individuum erfolgte Infektion, die, solange das Kind an der Mutterbrust war, keinerlei Ausbreitung annahm und sich im Augenblick des Eintritts ungünstiger Verhältnisse rapid ausbreitete. Oder die Infektion erfolgte bei dem belasteten Kinde überhaupt erst infolge der durch das Abstillen und die ungünstigen äußeren Verhältnisse hervorgerufenen Veränderung. Grätzer.

A. Calmette et **M. Breton** (Lille), Danger de l'ingestion de bacilles tuberculeux tués par la chaleur. (La presse médicale. 1906. Nr. 15. S. 115.) Die Verff. sind auf Grund ihrer Versuche zu folgenden Schlüssen gelangt: 1. Bei Meerschweinchen, welche durch Verfütterung oder auf intraperitonealem Wege tuberkulös infiziert wurden, wird das letale Ende durch Eingeben kleiner Mengen von durch Kochen getöteter Tuberkelbazillen außerordentlich beschleunigt, ähnlich wie dies nach wiederholten Injektionen von Tuberkulin der Fall wäre. 2. Gesunde Meerschweinchen zeigen nach Einnahme wiederholter, kleiner Dosen sterilisierter Tuberkelbazillen ähnliche Veränderungen wie sie nach Einnahme von kleinen Tuberkulindosen bei gesunden Tieren beobachtet werden. Ähnliche Untersuchungen

werden auch für Bovideen und Ziegen durchgeführt, doch glauben die Verff. bereits jetzt aus ihren Versuchen den Schluß ziehen zu dürfen, daß die Ingestion tuberkulöser Produkte, selbst wenn dieselben durch die Hitze sterilisiert worden sind, keineswegs gleichgültig sind. Man müßte also die Ernährung Tuberkulöser mit der Milch perlsüchtiger Kühe, als gefährlich, vollkommen beseitigen, selbst wenn dieselbe sterilisiert worden ist, da sie hierdurch ihre Gefährlichkeit keineswegs gänzlich eingebüßt hat. Aber derartige Milch ist auch für gesunde Personen nicht gleichgültig, so daß es von besonderer Wichtigkeit wäre, die Kuhställe einer periodischen, tierärztlichen Kontrolle zu unterziehen und alle Kühe der Tuberkulinprobe zu unterwerfen.

E. Toff (Braila).

L. Lortat-Jacob et G. Vitry (Paris), Lésions nerveuses et tuberculose cavitaire chez le nourrisson. (La presse médicale. 1906. Nr. 4.) Das Auffinden einer erbsengroßen tuberkulösen Kaverne bei einem unter athreptischen Symptomen verstorbenen 3monatigen Kinde, während gleichzeitig eine Kompression des gleichseitigen Vagus durch eine peribronchiale tuberkulöse Lymphdrüse bestand, bringt die Verff. wieder zur Erörterung der Frage des nervösen Einflusses auf die Bildung tuberkulöser Affektionen der Lunge bei Kindern. Nach den vorhandenen Erfahrungen und gemachten Experimenten scheint ein solcher Einfluß ohne Zweifel zu bestehen. So konnten die Verff. in Verbindung mit Sabareanu nachweisen, daß die Kauterisierung des Rekurrens der einen Seite mittels Glüheisens beim Kaninchen binnen weniger Monate zur Entwicklung einer tuberkulösen Bronchopneumonie derselben Seite führt. Meunier ist zu analogen Schlüssen gelangt, indem er den Vagus der einen Seite beim Kaninchen durchschnitt und in die Peritonealhöhle desselben Kulturen von menschlichen Tuberkelbazillen injizierte. Es zeigte sich, daß es meist die entnervte Lunge war, welche die wichtigsten tuberkulösen Symptome darbot.

E. Toff (Braila).

Johannes Kasten, Zur Lehre der Hämoptoë im Säuglingsalter. (Beiträge zur Klinik der Tuberkulose. 1906. Bd. 5. Heft 4.) In anbetracht der großen Seltenheit der Hämoptoë als Todesursache im Säuglingsalter — Verf. vermochte nur noch vier Fälle aus der Literatur herbeizubringen — sei diese Beobachtung K.s aus der Rostocker Kinderklinik in ihren Hauptzügen wiedergegeben: Ein in einer hinsichtlich Sauberkeit und Ordnung nicht einwandfreien Pflegestelle untergebrachtes Kostkind erkrankt mit 7 Monaten an Husten und Verdauungsstörungen ohne nachweisbare Organveränderungen. Einige Wochen später stellt sich spontan eine eitrige Mittelohrentzündung ein und führt zu einer Karies des Warzenfortsatzes; gleichzeitig gelingt es, eine tuberkulöse Infiltration des rechten Oberlappens nachzuweisen — der bakteriologische Befund des Rachenschleims bestätigte den tuberkulösen Charakter einwandfrei — und ein tuberkulöses Geschwür an der Zungenspitze zu beobachten. 10 Wochen nach Beginn der ersten Krankheitserscheinungen erfolgt unter rapidem Verfall ganz plötzlich und unerwartet der Tod des Kindes durch einen Blutsturz. Man fand das Kind, das kurz vorher

noch seine Flasche mit leidlichem Appetit getrunken hatte, blutüberströmt im Bettchen liegend vor. Richter hatte im Befinden des Kindes auf diesen Ausgang hingewiesen. Die Sektion ergibt als Todesursache: Ruptur eines kleinen Gefäßes im Bereich des tuberkulös-kavernösen rechten Oberlappens und unter anderem totale Verkäsung der Bronchialdrüsen mit Durchbruch derselben in die Bronchien, tuberkulöse Geschwüre des Rachens, der Zunge und des Darms, und endlich tuberkulöse Herde in den Hals- und Mesenterialdrüsen. Die Betrachtung des K.schen Falles und der anderen vier von ihm mitgeteilten Beobachtungen von Blutsturz im Säuglingsalter ergibt, daß die Biedert-Fischlsche Angabe, die jüngsten der an Hämoptoë verstorbenen Kinder hätten im zweiten Lebensjahr gestanden, der Berichtigung bedarf. Das Alter der fünf Fälle schwankte zwischen 12 Wochen und 10 Monaten, das allerjüngste, dessen ausführliche Krankengeschichte von Hinz (Dissertation Leipzig 1903) mitgeteilt wird, stand sogar erst im dritten Lebensmonat. In einem Hohlfeldschen Falle (Monatsschr. f. Kinderh. 1903) war die Blutung nicht tödlich gewesen. Das Kind lebte nach der Blutung noch 45 Tage. Daß die starken Lungenblutungen im frühen Kindesalter der vorgeschrittenen Lungenphthise angehören und meist den Tod herbeiführen, lehren die von K. mitgeteilten Fälle aufs neue. Bei allen fünf Fällen waren tuberkulöse Lungenkavernen vorhanden, deren Diagnose im Hohlfeldschen und K.schen Falle schon intra vitam gestellt worden war, während in den drei anderen die Kavernen erst bei der Sektion entdeckt worden waren.

H. Netter.

Grancher (Paris), La tuberculose ganglio-pulmonaire dans l'école parisienne. (Académie de médecine. 6. Novembre 1906.) G. hat in Verbindung mit mehreren seiner Schüler 4226 Kinder aus den Pariser Volksschulen untersucht und hiervon 15 % als tuberkulosekrank erkannt. Die Untersuchung wurde in klassischer Weise durch Inspektion, Palpation, Auskultation und Perkussion durchgeführt und auf diese Weise drei Krankheitsetappen nachgewiesen: in der ersten findet man eine leichte Veränderung der Inspiration, meist rechts; in der zweiten gesellt sich noch etwas Bronchophonie hinzu; endlich in der dritten findet man auch leicht gedämpften Perkussionsschall (Submatität). Offene Tuberkulose wurde nur bei drei Kindern gefunden. Der Verf. ist auf Grund dieser Untersuchungen zur Überzeugung gelangt, daß eine wirkliche Prophylaxis und Behandlung der Tuberkulose nur im Kindesalter mit Aussicht auf Erfolg durchführbar wäre. Hierzu ist es vor allem notwendig, die Krankheit in ihren ersten Anfängen, während der erwähnten drei Etappen, ausfindig zu machen, bevor die erste klassische Krankheitsperiode in Erscheinung tritt. Ist dies geschehen, so soll man auf die Behandlung in der Schule selbst keine allzu großen Hoffnungen bauen, da die Versuche des Verf.s, welche mit 103 Kindern vorgenommen wurden, in einem Frühstück in der Schule und in Verabreichung von Fleischpulver und Lebertran bestanden, von keinem sonderlichen praktischen Erfolge gefolgt waren. Um einen solchen zu erreichen und hauptsächlich um dem Ausbruche manifester Tuberkulose in späterem Alter entgegen-

zuarbeiten, sollen die tuberkuloseverdächtigen Kinder entweder auf dem Lande in einzelnen Familien untergebracht werden — wobei dieselben unter stetiger ärztlicher Kontrolle stehen müssen — oder, was vorzuziehen ist, es sollen spezielle Sanatorienschulen errichtet werden, die sowohl, was Isolierung bei eventuell auftretender offener Tuberkulose, als auch was ärztliche Beaufsichtigung, Regelung der Arbeit und Ernährung anbelangt, die besten Resultate ergeben werden. Solche Institute, die man als Freiluftschulen bezeichnen könnte, erscheinen als am geeignetsten zur Internierung bazillentragender Kinder.

E. Toff (Braila).

G. Mouriquand, Recherches sur le diagnostic de la bronchopneumonie tuberculeuse infantile. (Thèse de Lyon. 1906.) Obwohl das Laboratorium ein wichtiger diagnostischer Behelf bei tuberkulöser Bronchopneumonie ist, so soll doch nicht vergessen werden, daß die stethoskopische Untersuchung und sonstige klinische Zeichen genügen, um in den meisten Fällen die Diagnose zu sichern. Von Wichtigkeit ist die Feinheit der Rasselgeräusche, bei Fehlen großblasiger Rasselgeräusche, die Fixheit des Herdes mit hauptsächlicher Lokalisation an der Lungenbasis. Die Temperatur zeigt die Charaktere des tuberkulösen Fiebers, namentlich in der zweiten Kindheit, während bei jüngeren Patienten eine ausgesprochene Neigung zur Apyrexie besteht.

Weitere diagnostische Hilfssymptome sind die Mikropolyadenie, das Auftreten subkutaner, tuberkulöser Gummen, namentlich am Gesäß, und die Veränderungen der Leber und der Milz, während Albuminurie seltener zur Beobachtung gelangt.

Bei den Nekropsien zeigt es sich, daß der tuberkulösen Bronchopneumonie eine solche einfacher Natur vorangegangen war. In allen Fällen findet man die tracheo-bronchialen Lymphdrüsen verkäst und in einigen Fällen kann man direkt nachweisen, daß die Infektion der Lungen durch Kontiguität von einer verkästen und in dieselbe durchgebrochenen verkästen Drüse ausgegangen ist. Hingegen findet man viel seltener eine makroskopische Tuberkulose der mesenterialen Lymphdrüsen (unter den untersuchten 19 Fällen nur 4 mal).

E. Toff (Braila).

O. Reunert, Erstickungstod durch eine sequestrierte Bronchialdrüse. (Deutsche med. Wochenschrift. 1906. Nr. 35.) Die Beobachtung betrifft ein $2\frac{1}{2}$ jähriges, anscheinend in völliger Gesundheit plötzlich verstorbenes Kind.

Das Kind ist im allgemeinen bisher gesund gewesen. Als die Mutter es eines Tages, nachdem es den Tag über gespielt und mit Appetit gegessen hatte, zu Bett gebracht hatte und gerade das Zimmer verlassen wollte, richtete sich das Kind etwas auf, fiel dann zurück und war sofort tot.

Bei der Sektion fand sich in der Trachea dicht unterhalb des Ringknorpels eine das Volumen derselben völlig ausfüllende, weiche, käsige Masse, im rechten Hauptbronchus nahe der Bifurkation eine Perforationsöffnung, durch die man in eine mit verkästen Bronchialdrüsen angefüllte Höhle gelangte. Linke Lunge gesund, die rechte mit besonderer Bevorzugung des Mittel- und Unterlappens tuberkulös erkrankt.

Diese Beschränkung der Erkrankung auf die rechte Lunge, welche weit weniger vorgeschritten war, als die der Bronchialdrüsen, gestattet

den Schluß, daß die Perforation des Bronchus bereits längere Zeit bestanden hat, und daß kleine Käsepartikelchen, welche hierdurch aspiriert sind, die sekundäre Lungenaffektion herbeiführten. Ein größeres sequestriertes Drüsenstück, das in die Luftröhre gelangte, hat von dem Kinde nicht mehr genügend nach oben befördert werden können und durch kompletten Verschluß der Luftröhre den Tod herbeigeführt.

Derartige Fälle haben sowohl ein praktisches als auch ein gerichtsärztliches Interesse. Besteht der Verdacht, daß den Suffokationserscheinungen der geschilderte Vorgang zugrunde liegt, so kann man versuchen, das Hindernis durch Einführung eines elastischen Katheters zu beseitigen. Dann muß man bei plötzlichen Todesfällen auch stets an diesen Vorgang denken, und die Sektion wird bisweilen (wie bei einer Beobachtung von Völcker, wo zunächst der Verdacht vorlag, daß ein plötzlich gestorbenes Kind gewaltsam getötet worden sei) diese Vermutung bestätigen. Grätzer.

J. Graham Forbes, Tuberkulose der Tonsillen und Lymphdrüsen, zusammen mit kongenitaler Bronchiektasie, Cirrhose der Leber und des Pankreas. (Lancet II. 9. Dez. 1905.) Über diesen interessanten Befund berichtete F. in der Londoner pathologischen Gesellschaft. 10 Tage vor der Aufnahme in das Hospital waren bei dem 2 Jahre 2 Monate alten Kinde Hals und Leib angeschwollen. Bei der Aufnahme bestand eine starke Vergrößerung der cervicalen, postauricularen, axillaren und inguinalen Lymphdrüsen. Es waren ferner die Tonsillen vergrößert und geschwürig. An Herz und Lungen nichts Krankhaftes nachweisbar; die Leber reichte bis an den Nabel, die Milz war ebenfalls vergrößert. Blutbefund: Geringe Anämie und polymorpho-nukleäre Leukocytosis. Das Kind hatte Rachitis geringen Grades, keine Anzeichen von Syphilis, auch bei den Eltern keine Anhaltspunkte dafür. In den abgetragenen Tonsillen fanden sich typische Tuberkel. Unregelmäßiges Fieber. Es stellten sich Erbrechen und Diarrhoe ein. Während die Lymphdrüsen sich wieder verkleinerten, blieb der Leib gleich. Nach 6 Wochen trat Exitus ein. Autopsie: Tuberkulose der cervicalen, medestinalen, bronchialen und mesenterialen Lymphdrüsen, kongenitale Bronchiektasie in beiden Lungen, wie Honigscheiben. Die Leber, stark vergrößert, wog über 1020 g, von glatter Oberfläche, die Kapsel verdickt, grünlichweiß, auf dem Durchschnitt stark fibrös, im Pankreas ähnliche cirrhotische Veränderungen in Leber, Lungen, Pankreas keine Spur von Tuberkulose, die somit ganz auf die Lymphdrüsen beschränkt war. H. Netter.

E. Bachmann, Zur Kasuistik des Chylothorax. (Aus der Mediz. Klinik in Zürich.) (Medizin. Klinik. 1906. Nr. 44.) Der Fall betraf ein 14 jähriges Mädchen und zeichnete sich dadurch besonders aus, daß auf der Grundlage einer generalisierten Tuberkulose ein chylöser Erguß in die rechte Pleurahöhle und ein chyliformer Erguß in die Bauchhöhle stattgefunden hatte. Grätzer.

E. Braendle, Über die Tuberkulose der Brustdrüse und die Dauerresultate ihrer operativen Behandlung. (Beitr. z.

klin. Chir. 50, 1.) 11 neue Fälle aus der Tübinger Klinik. Sie betreffen meist das höhere Alter. Ther.: Ablatio mammae und der zugehörigen Achseldrüsen. Nach 8—14 Tagen Heilung. Nur einmal war ein Rezidiv zu verzeichnen, das jedoch von einem Knochenherd ausging. Ewald (Heidelberg).

Fischer-Defoy, Ausgedehnte Magentuberkulose. (Centralbl. f. allg. Path. und path. Anat. Nr. 1. Bd. 17.) Der einen 23jährigen Mann betreffende Fall interessiert dadurch, daß sich im Magen ca. 12 flachere und tiefere, bis an die Serosa reichende tuberkulöse Geschwüre fanden, die ihrem ganzen Verhalten nach älter sind, als die sonst im Darme vorhandenen tuberkulösen Geschwüre und die tuberkulösen Veränderungen in den Lungen. Die Art und Weise der Infektion ließ sich nicht feststellen. Bennecke (Marburg).

Zumsteeg, Über die primäre Diaphysentuberkulose langer Röhrenknochen. (Beitr. z. klin. Chir. 50, 2.) Bericht über 8 Fälle, die während der letzten 7 Jahre unter 987 (!) Fällen von Knochen- und Gelenktuberkulose in der Tübinger Klinik zur Beobachtung kamen. Die Behandlung bestand in breiter Freilegung der Knochenherde, Entfernung der Granulationen und der Sequester.
Ewald (Heidelberg).

Robert Dupont (Paris), Tuberkulose sacro-iléo-vertébrale. Abscès ouvert dans le rectum. (Hôpital des enfants malades, service du Dr. Broca.) (Revue mens. des malad. de l'enf. Juin 1906.) Der betreffende 8jährige Kranke hatte vor etwa einem Jahre an einem tukerkulösen Tumor des linke Handgelenkes gelitten, welcher in Heilung übergegangen war. Die jetzige Krankheit begann mit Schmerzen in den Hüften und Hinken, so daß man an eine Koxalgie dachte. Dann entwickelten sich Kontrakturen beider Beine im Hüftgelenke, derart, daß jede Bewegung sehr schmerzhaft empfunden wurde. Auch Druck auf die Lendenwirbelsäule war schmerzhaft, doch war keine Difformität zu bemerken. Nach einigen Wochen traten profuse eitrige Stühle auf Fieber, dann eine starke Vorwölbung in der Lendengegend, die eröffnet wurde und eine große Eitermenge entleerte. Der Zustand war vorübergehend besser, endlich trat Exitus ein. Die Nekropsie ergab viele interessante Einzelheiten, von welchen hauptsächlich die konstatierte Perforierung des tuberkulösen Lendenwirbel- und Sakralabszesses in das Rektum hervorgehoben werden soll. Es ist dies ein seltenes Vorkommnis, über welches nur wenig in der Literatur zu finden ist. Nichtsdestoweniger handelt es sich um eine sehr ernste Komplikation, da die Abszeßhöhle vom Rektum aus sehr rasch infiziert wird, ganz abgesehen davon, daß die bis dahin geschlossene Tuberkulose sich in eine offene verwandelt.

Von einer Heilung kann in derartigen Fällen nur selten die Rede sein und auch das nur dann, wenn der kalte Abszeß tief, etwa im Steißbeine gelegen ist. E. Toff (Braila).

P. Dhéry, La tuberculose du pubis chez l'enfant. (Thèse de Paris. 1906). Die Lokalisierung der Tuberkulose im Schambeine kommt selten zur Beobachtung und ist in einer großen Anzahl der

betreffenden Fälle schwer zu erkennen, namentlich wenn ein Durchbruch des Abszesses noch nicht stattgefunden hat, oder dies an einer entfernten Stelle geschieht.

Die Symptome können in zwei Gruppen geteilt werden, je nachdem die Krankheit den Gang beeinflußt und koxalgische Erscheinungen hervorruft, oder nur lokale, jeder Knochentuberkulose eigene Symptome aufweist. Die lokale Untersuchung eventuell in Verbindung mit der radiographischen Untersuchung gestattet in den meisten Fällen eine Lokalisierung der Affektion.

Die Prognose ist keine schlechte, namentlich wenn die Abszesse auf kein Gelenk übergreifen und keine zu große Abhebung der Weichteile bewirken. Bezüglich der Behandlung ist die Entfernung der Sequester, die Eröffnung und Drainierung der Fisteln anzuempfehlen.

E. Toff (Braila).

O. Vulpius, Die Behandlung der tuberkulösen Coxitis im Kindesalter. (Zeitschrift f. ärztl. Fortbildung. 1906. Nr. 20.) Großes Gewicht legt V. auf die Allgemeinbehandlung — V. fügt gern eine Schmierseifeninunktionskur bei, deren Wirkung erprobt ist — mit der gleichzeitig der Kampf gegen den lokalen Entzündungsprozeß und seine Folgezustände verbunden wird, der möglichst **ambulant** geführt werden soll. Dies wird ermöglicht durch einen sehr exakt angelegten **Gipsverband.** Dessen Unterlage kann aus Flanellbinden, Filzhose oder fest angewickelter Watte bestehen, über welche alsdann die Gipsbinden dem Rumpf und Bein derartig anmodelliert werden, daß die Körperformen durch den fertigen Verband hindurch zu erkennen sind. „Je vorgeschrittener das Leiden, je heftiger die Schmerzen, desto größer hat der Gipsverband auszufallen, der gelegentlich von der Brustwarze bis zur Großzehe reicht. Meist können wir ihn am Rippenbogen und über den Knöcheln endigen lassen. Äußerst wichtig ist, daß der Verband sich dem Tuber ossis ischii aufs engste anschmiegt, denn von hier aus wird die Körperlast unter Ausschaltung des Beines übertragen auf einen eisernen Gehbügel, welcher die freischwebende Fußsohle überragt. Nur auf diese Weise ist die Entlastung des Hüftgelenkes zu erreichen. Eine um das Sprunggelenk gelegte Schnurlasche mit seitlichen Bändern, welche durch Ösen des Gehbügels geleitet werden, gestattet endlich eine nicht unbeträchtliche Extension. Die Wirksamkeit eines solchen Gehgipsverbandes läßt sich aus der gewöhnlich prompt eintretenden Schmerzstillung erkennen.“ Ist die vorteilhafteste Stellung für ein versteiftes Hüftgelenk — geringe Abduktion und Flexion — bereits vorhanden, so wird sie im Gehgipsverband festgehalten. Andernfalls muß sie durch ein schonendes Redressement (Narkose!) herbeigeführt werden. Die Verbände werden in Intervallen von etwa 2 Monaten gewechselt.

Der Gehgipsverband hat nun auch seine Nachteile, vor allem die entstehende Atrophie. Es ist deshalb die Behandlung mit portativen Apparaten eingeführt worden. Der nach einem Modell kunstvoll gebaute Hülsenapparat ist aber kompliziert und kostspielig, die Anlegung eines ebensogut wirkenden Gipsverbandes mit einfachen Mitteln zu bewerkstelligen. Deshalb bevorzugt V. letzteren während

des floriden Stadiums der Coxitis, während in der Epoche der Nachbehandlung, wo es gilt die Atrophie zu beseitigen, den Knochen allmählich wieder tragfähig zu machen, der Hülsenapparat zu seinem Rechte kommt, wo die pekuniären Mittel es gestatten. Sonst muß und kann man sich mit einfacheren Hülsenvorrichtungen behelfen, wenn nur bei ihrer Herstellung das Prinzip der „Modellhülse" gewahrt bleibt.

Was nun die Komplikationen anbelangt, so entsteht die Luxation auf der Basis des auf die Pfanne wie den Kopf formzerstörend wirkenden Prozesses. Unsere therapeutische Aufgabe besteht darin, der Wanderung des Kopfes durch Entlastung und Extension entgegenzuarbeiten. Häufiger beschäftigt uns der Abszeß. „Wir sehen bisweilen, daß dieser unter dem Gipsverband sich ohne spezielle Behandlung zurückbildet, häufiger aber müssen wir leider gelentlich des Gipsverbandwechsels feststellen, daß unter dem Verband Eiter palpabel wurde. Dieser drohende Mißerfolg der konservativen Therapie äußert sich gelegentlich gleich zu Beginn unserer Behandlung: Die gewohnte Schmerzstillung durch Anlegen des Gipsverbandes bleibt aus, die Schmerzen können an Intensität zunehmen und schließlich zur Entfernung des Verbandes nötigen, oder aber sie verschwinden nach einiger Zeit ziemlich plötzlich. Diese Erscheinung erklärt sich daraus, daß ein intraartikulärer Abszeß vorhanden war, der durch die Kapselspannung so lange Schmerzen hervorrief, bis er zur Perforation kam — man findet beim Verbandwechsel den oberflächlich liegenden Abszeß. Ein Abszeß, der nicht die Tendenz zur Rückbildung erkennen läßt, muß entleert werden unter möglichster Vermeidung von Fistelbildung, also besser durch wiederholte Punktion und Jodoforminjektion als durch Inzision. Stark eiternde Fisteln erschweren die Behandlung im Gipsverband oder portativen Apparat sehr, solche Fälle eignen sich gewöhnlich nicht zur konservativen Therapie. Wir berühren damit die Frage nach den Grenzen der orthopädischen Behandlung der Coxitis des Kindes. Ist erhebliche Eiterung vorhanden, diagnostizierbar aus der starken Schmerzhaftigkeit trotz exakter Ruhigstellung des Gelenkes, bestehen lebhaft sezernierende Fisteln, die auf kariösen Knochen, ins Gelenk führen, tritt Fieber auf, wird der Allgemeinzustand unter konservativer Behandlung schlechter — dann ist der blutige chirurgische Eingriff angezeigt, dann gilt es aber auch, nicht lange zu zögern, sondern typisch oder atypisch, jedenfalls gründlich zu resezieren, ehe die Entkräftung des kleinen Patienten die Aussichten der Operation verschlechtert."

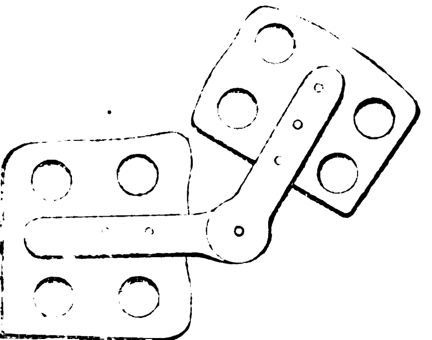
Bei Fällen ausgeheilter Coxitis, welche eine Ankylose in funktionell ungünstiger Position — starke Flexion, Adduktion und erhebliche Verkürzung — aufweisen, empfiehlt V. eine Osteotomie im Bereich des Trachanter major, wobei das Bein dann in leichte Abduktion gestellt wird, falls eine Verkürzung von wenigen Zentimetern vorliegt. Stärkere Verkürzungen des Beines gleicht V. lieber durch orthopädisches Schuhwerk aus.

Grätzer.

Gy. Dollinger, Die Behandlung der tuberkulösen Knochen- und Gelenkserkrankungen. (Orvosi hetilap. 1906. Nr. 2.) Nach

eingehender Besprechung dieses wichtigen Gegenstandes, konkludiert D., daß die konservative Therapie die Regel, die Resektion die Ausnahme sein möge. Ernő Deutsch (Budapest).

Alex Schmidt (Altona), Eine einfache Methode zur schmerzlosen Redression verschiedenartiger Deformitäten. (Medizin. Klinik. 1906. Nr. 40.) S. hebt zunächst hervor, daß man bei seiner Methode mit einfachen Hilfsmitteln und unabhängig vom Bandagisten auch schwere Deformitäten heilen kann, so daß diese Art der Behandlung, eine Modifikation des Wolffschen Etappenverbandes, besonders dem praktischen Arzte sehr gute Dienste zu leisten berufen ist, auch dem Landarzte, zumal die nötigen Apparate von jedem Schlosser auf dem Dorfe hergestellt werden können. S. übt die Methode seit 12 Jahren aus bei Kontrakturen nach tuberkulösen und anderen Gelenkentzündungen, bei O- und X-Beinen, rachitischen Deformitäten usw. Man kann mittels derselben schmerz- und gefahrlos in sehr kurzer Zeit selbst recht schwere Deformitäten korrigieren, und zwar bei ambulanter Behandlung (Bettruhe nur so lange, bis der Gips getrocknet ist).



Die Technik dieses Gipskorkverbandes ist eine sehr einfache. Die betreffende Extremität wird sorgfältig mit nicht entfetteter Watte gepolstert und eingegipst; die Polsterwatteschicht muß durch eine Tupfmullbindenlage fest und gleichmäßig angewickelt werden, so daß das gepolsterte Bein genau dessen natürliche Konturen behält, wodurch man ein gleichmäßig festes und genaues Anliegen des Gipsverbandes erzielt. In den letzten werden nun Charniere (s. Abbild.) eingewickelt, die jeder Schlosser aus biegsamem, dünnem Bandeisen herstellt (zur besseren Fixierung derselben im Gips sind durchlochte Lederstücke an ihnen angenietet, welche sich, angefeuchtet, fest mit den Gipsbinden vereinigen und dadurch verhindern, daß die Scharniere bei dem später einwirkenden Zug und Druck ausreißen. Bevor der Gips trocknet, schneidet man (am Knie) in der Kniekehle von Scharnier zu Scharnier ein ovales Stück aus dem Gipsverband aus, wobei aber auch hier die Watteschicht mit der sie fixierenden Mullbinde nicht mit durchschnitten wird. Nun wartet man, bis der Gipsverband trocken geworden ist, also 2—5 Tage, ölt die Scharniere ein damit sie sich leichter bewegen, und beginnt das Bein langsam zu redressieren, aber nur gerade so weit, daß Patient anfängt Schmerz zu fühlen. Dabei klafft natürlich der Schlitz in der Kniekehle je nach dem Grade der Redression. Man wählt nun von einer Serie von Korkkeilen, die man sich von der dünnsten Scheibe bis zu einem 15 cm dicken Stück reichlich vorrätig hält, denjenigen Keil aus, der sich gerade in den Spalt hineinschieben läßt, und erhält sich dadurch

das Resultat der Redression. Nach zwei weiteren Tagen kann man weiter redressieren, einen dickeren Kork einschieben usf., bis man überkorrigiert hat, wobei zuletzt ein sehr dickes Korkstück in der Kniekehle sitzt. An den Stellen, wo der Kork eingeschoben wird, muß der Gipsverband von Anfang an verdickt werden, damit er durch den Druck des Korkes nicht abbröckelt. Da nun solche redressierten Kontrakturen lange Zeit die Neigung zu Rezidiven behalten, muß man das Erreichte durch 2 Jahre durch Kapseln zu fixieren bestrebt sein. In der ärmeren Klientel macht man einfach eine Gipskapsel, welche nur alle 6 Monate erneuert zu werden braucht, während sonst eine durch Schnürung abnehmbare Kapsel benutzt wird, die nach einem Gipsabguß entweder aus Zelluloid-Azeton-Mullbinden oder aus Holzspänen und Kleisterbinden oder aus Holzspänen und Tischlerleimbinden oder aus Mullbinden, Wasserglas und Pappstreifen hergestellt wird. So muß man mindestens 2 Jahre lang nachbehandeln!

Ebenso werden andere Deformitäten behandelt, wobei der Kork stets an der Stelle der pathologischen Konkavität seinen Platz erhält. Beim X-Beine liegen bei der Korrektion die Scharniere an der Vorder- und Hinterseite des Kniegelenks, der Kork wirkt an der Außenseite. Auch hochgradigste X-Beine sind so heilbar. Die Nachbehandlung ist die gleiche wie oben, noch besser wirkt hier aber eine einfache Außenschiene, gegen welche das Knie mit einem breiten Lederriemen angezogen wird. Auch diese Schiene stellt jeder Schlosser und Sattler her. Sie besteht aus einem gepolsterten Beckengurt und der langen, auswärts gebogenen Außenschiene, welche unten rechtwinklig abgebogen ist und in die Hacke des Stiefels eingesteckt wird, wodurch der Fuß im Gelenk beweglich bleibt. Unterhalb des Beckengurtes ist in der Höhe des Trochanters zur Bewegung des Hüftgelenkes ein Scharnier einzufügen. Das Knie aber darf kein Gelenk erhalten. Die Patienten können nach wenigen Tagen damit sehr gut gehen.

Wo es Tuberkulose und Rachitis gibt, wird man reichlich Gelegenheit haben, diese Methode anzuwenden, die an Einfachheit nichts zu wünschen übrig läßt. Grätzer.

D. F. Willard, Joint Diseases, Especially Those of Children. (New York Med. Jour.) Nach Erörterung der verschiedenen Arten von Gelenkaffektionen der Kinder und der differentialdiagnostischen Momente der einfachen, tuberkulösen und septischen Gelenkentzündungen, betont Verf. die Oberflächlichkeit, mit der die Diagnose in diesen Fällen gestellt wird. Die meisten unheilbaren Gelenkaffektionen seien das Resultat falscher Diagnosen. Nur zu oft werden dieselben als Rheumatismus aufgefaßt. Verf. empfiehlt vollständige Ruhe und Fixation des Gelenkes bei tuberkulöser Infektion, dagegen frühes operatives Eingreifen in septischen Fällen. E. B. Sheffield.

M. Simmonds, Über Frühformen der Samenblasentuberkulose. (Virchows Archiv. Bd. 183. Heft 1.) S. untersuchte in 14 Fällen die Samenblasen von an Tuberkulose gestorbenen Männern, die sich makroskopisch durch ihren eitrigen Inhalt auszeichneten. In allen Fällen fand er in den von Eiterkörperchen durchsetzten

Inhalte zahlreiche Tuberkelbazillen, jedoch nur in 8 Fällen histologisch nachweisbare tuberkulöse Veränderungen der Samenblasenwand; in den übrigen bestand als Zeichen beginnender Tuberkulose nur ein eitriger Katarrh. In manchen Fällen ließ sich eine Kommunikation der Samenblasen oder zuführenden Samenwege mit tuberkulösen Herden nachweisen. In den anderen Fällen fand sich dagegen keine Genitaltuberkulose. Für diese nimmt S. an, daß die Bazillen in den Hoden ausgeschieden würden, ähnlich wie in der Niere. Vom Hoden aus kommt dann die Samenblasentuberkulose zustande. S. macht auf die Übertragungsmöglichkeit der Tuberkulose in diesen Fällen aufmerksam, hält sie aber seinen Erfahrungen nach nicht für häufig.

Bennecke (Marburg).

v. Baumgarten, Experimente über aszendierende Urogenitaltuberkulose. (Verh. d. deutschen path. Ges. in Meran. 1905. Durch Unterbindung von Ureteren und Vasa deferentia bei Kaninchen mittels Seidenfäden, die mit spärlichen Tuberkelbazillen imprägniert waren, verursachte v. B. eine Aufhebung des Sekretionsstromes. In den betreffenden Schleimhäuten kam es zur Entzündung durch das gestaute Sekret und sekundären Infektion mit tuberkulösem Material, die an der Stelle der Unterbindung entstanden und in die Lumina eingebrochen war. Im Ureter breitete sich die käsige Entzündung kontinuierlich längs der Wand bis in die hydronephrotisch veränderte Niere aus, während es vom Vas deferens aus in den vorliegenden Präparaten zu einer Erkrankung des Nebenhodens und Hodens nicht gekommen war, wofür mechanische Momente verantwortlich gemacht werden. Durch die Experimente wird bewiesen, daß bei aufgehobenem Sekretionsstrome eine aszendierende Ausbreitung der Tuberkulose möglich ist, dagegen beweisen sie nichts für eine aszendierende Tuberkulose bei vorhandenem Sekretionsstrome. Bennecke (Marburg).

De Keersmaecker (Antwerpen), Die Behandlung der Urogenitaltuberkulose mit Tuberkulinpräparaten. (Centralbl. f. Krankh. d. Harn- und Sexualorg. XVII. 9.) K. bedient sich des Denysschen Tuberkulin B. F. (= unerhitztes Filtrat der Glyzerinpeptonfleischbouillon, auf welcher die Tuberkelbazillen gewachsen sind) und fußt auf der Methode Denys. Als Verdünnung zu den Einspritzungen benutzt Denys dieselbe Glyzerinpeptonfleischbouillon, K. dagegen gebraucht dazu $^1/_2$ $^0/_0$ige Karbolsäurelösung.

Nach Denys unterscheidet man 1. T III = unverdünnte Bouillonflüssigkeit; 2. T II = $^1/_{10}$ T III d. h. die Lösung T III wird um $^1/_{10}$ verdünnt; 3. T = $^1/_{100}$ T III; 4. T 0 = $^1/_{1000}$ v. Nr. 1; 5. T $^0/_{00}$ = $^1/_{10000}$ v. T III; 6. T $^0/_{100000}$ v. T III usw. jedesmal um $^1/_{10}$ verdünnt. K. fängt nun umgekehrt wie Denys bei der 6. Lösung an, steigt dann langsam zur 5. und 4. (T 0) und geht nicht weiter herauf mit der Konzentration. Eventuell wird mehrere Monate pausiert und dann von neuem mit Nr. 6 angefangen. Die Fieberkranken sind vorher durch Ruhe, Diät usw. vorbereitet. Die Einspritzungen müssen sehr lange fortgesetzt werden. Zur Kontrolle der Reaktion wird dreimal täglich Temperatur gemessen, und die Miktionen werden gezählt, für Tag und Nacht getrennt. Daneben Behandlung der Cystitis, Pyelitis mit Pro-

targol, Salol, Urotropin. K. hält die Tuberkuline für Specifika und schiebt Mißerfolge mehr auf eine falsche Methode als auf diese Mittel.

James O. Wentzel (Zittau).

H. Vörner, Bemerkenswerter Fall von tuberkulösem Hautexanthem. (Aus der mediz. Univers.-Poliklinik zu Leipzig.)

Das 15 Wochen alte Kind wurde bis zu dem im Alter von 19½ Wochen erfolgenden Tode beobachtet. Es stammte von tuberkulösen Eltern ab und stand wegen ausgesprochener Symptome der Hirschsprungschen Krankheit in Behandlung. Außerdem zeigte es ein eigenartiges Hautexanthem, zu dessen Beurteilung V. herangezogen wurde.

Am Stamm einige zerstreute Gruppen von Effloreszenzen, und zwar eine am Bauch, zwei auf der Brust und auf dem Rücken. Diese Gruppen bestanden aus ½—1 Dutzend Einzeleffloreszenzen, die bald weiter, bald dichter standen, zum Teil sogar sich berührten. Sie waren im Durchmesser stecknadelkopf- bis fast linsengroß und bildeten Knötchen von dieser Größe, die verschieden hoch das Hautniveau überragten, mitunter auch ganz flach waren. Im Zentrum zeigten die größeren gewöhnlich eine weißliche trübe Verfärbung. Im übrigen waren sie bräunlich-dunkelrot. Auf Finger- oder Glasdruck schwand die Farbe nicht, sondern es blieb eine gelbliche bis bräunliche Verfärbung zurück, deren Sitz die Cutis war. Die Knötchen hatten weiche Konsistenz. Keine Zeichen von Lues. Darauf hatte V. Verdacht auf Tuberkulose, und bei einer genauen Untersuchung des Kindes fanden sich bronchopneumonische Herde; bei der Röntgenuntersuchung Trübungen der Lungenfelder. Dazu gesellten sich meningitische Erscheinungen, die schließlich zum Exitus führten. Durch die Sektion wurde eine fortgeschrittene tuberkulöse Erkrankung der Lunge festgestellt, und auch die Untersuchung der Haut ergab Details, die auf Tuberkulose hindeuteten.

Interessant war bei dem Falle, daß die Hautaffektion frühzeitig auf den tuberkulösen Zustand der inneren Organe aufmerksam machte, der sonst wohl noch länger von den Symptomen der Hirschsprungschen Krankheit verdeckt worden wäre.

Grätzer.

Rudolf Polland, Lupus pernio. (Aus der Klinik f. Dermatologie und Syphilis in Prag.) (Dermatolog. Zeitschrift. XIII. Nr 11.) Ein selbstbeobachteter Fall und die wenigen in der Literatur veröffentlichten Befunde geben P. Veranlassung, für die Selbständigkeit des Krankheitsbildes Lupus pernio einzutreten. Er kommt zu folgenden Schlüssen:

1. Lupus pernio ist eine eigenartige, höchstwahrscheinlich in die Reihe der Hauttuberkulose gehörige Erkrankungsform (es fehlt der Nachweis von Tuberkellbazillen).

2. Lupus pernio stellt eine selbständige Erkrankung dar, die sich durch ihren typischen Gesamtcharakter von allen Formen des Lupus vulgaris abgrenzen läßt. Die das Krankheitsbild zusammensetzenden Elemente lassen zwei Formen unterscheiden:

a) eine tumorartige mit besonderem Hervortreten der Gefäßerweiterung, welche in den tieferen Hautschichten sitzt und keine gesonderten Knötchen erkennen läßt:

b) eine oberflächlichere, welche in Form von lupusähnlichen Knoten im Gesicht und an der Streckseite der Extremitäten auftritt und eine gewisse Symmetrie erkennen läßt.

Beide Formen können bei demselben Fall kombiniert vorkommen.

3. Der Gesamtcharakter des Lupus pernio ist bedingt durch die Beteiligung des Gefäßsytemes im Sinne einer venösen Stauung.

James O. Wentzel (Zittau).

Werther, Die verschiedenen Behandlungsmethoden des Lupus vulgaris. (Berliner Klinik. Januar 1906.) Für das frühzeitige Erkennen des Lupus bietet nach dem Verf. die histologische Untersuchung weniger deutliche Merkmale als das Resultat der Tuberkulineinspritzung oder die Überimpfung auf Kaninchen. Trockene Formen heilen besser als geschwürige, flache besser als erhabene. Gegen die sonst vorzüglichen chirurgischen Methoden wendet Verf. nur ein, daß jede Eröffnung von Blutgefäßen die Verschleppung von lupösem Virus herbeiführen kann, und Verf. bespricht sodann die Indikationen der kosmetischen Methoden: der einfachen Naht, der gestielten Lappen, Plastik und Hautverschiebung. Ausschabungen sind an zarteren Seiten ungeeignet. Skarifikation erzielt oft gute kosmetische Resultate. Für ambulante Behandlung eignet sich das harmlose Kali hypermanganicum, durch Ungefährlichkeit zeichnet sich auch das Resorcin aus, schädlicher erwies sich Pyrogallussäure. Schleimhautlupus behandle man vorsichtig mit Liqu. stibii chlorat., Jod oder Jothion. Gute Erfolge erzielten auch die verschiedenen Kälte- und Hitzeeinwirkungen, Elektrizität und Bestrahlungen. Im allgemeinen rät Verf. zu weitgehendster, nicht gleichzeitiger, sondern aufeinanderfolgender Kombination verschiedener Methoden, Ausschabung plus Ätzung, Ätzung plus Licht, Röntgenstrahlen plus Licht, Skarifikation plus Kalipermanganatumschläge usw. Die vollendete Heilung kann durch eine Probe mit Alt-Tuberkulin festgestellt werden. Angesichts der befriedigenden Resultate der Finsenkur rät Verf. zur finanziellen Unterstützung dieser leider sehr kostspieligen Methode.

Max Joseph (Berlin).

James H. Sequeira, Extensive ringworm with ulceration of the umbilicus. (The British Journ. of Dermat. August 1906.) Die in England seltene Erkrankung des über den ganzen Rumpf und die Extremitäten verbreiteten Ringworms beobachtete Verf. an einem Knaben, dessen Körper, Arme und Beine mit Schuppen und winzigen Papeln bedeckt waren, während auch die Fingernägel rauh, dick und bräunlich erscheinen. Bei der Untersuchung wurden Mycelien, Sporen und der typische Endothrix gefunden. Wahrscheinlich war ein Ulcus, welches in der Gegend des Umbilicus entstand, ebenfalls durch den Fungus verursacht. Das Ulcus heilte unter Borsäure und Lysol, die schuppige Eruption unter Jodin. Da aber die Eltern des Patienten das Entfernen der kranken Nägel nicht zuließen, rezidivierte die ganze Affektion nach einigen Monaten wahrscheinlich durch diese Infektionsquelle. Eine Schwester des Patienten zeigte die gleiche schuppige Eruption an Armen, Händen und Fingernägeln, doch fehlten Ulzerationen und der übrige Körper blieb verschont. Max Joseph (Berlin).

James H. Sequeira, On cases of Hydroa aestivale of mild type: their relations ship with Hutchinsons „Summer Prurigo“ and with Hydroa vacciniforme of Bazin. (The British Journ. of Dermat. April 1906.) Die fünf vom Verf. beschriebenen Fälle wiesen Papeln und Vesikel auf, welche manchmal juckten, Narben hinterließen und sich charakterisierten durch Entstehen in früher Kindheit, Wiederkehren mit der warmen Jahreszeit, Verschwin-

den im Winter, sowie durch die sichtbare Beeinflussung vom Sonnenlicht und dementsprechende Lokalisation auf exponierten Stellen. Gleich den schweren in der Literatur berichteten Fällen von Hydroa aestivale und vacciniforme boten die leichteren Affektionen, welche Verf. beobachtete, das histologische Bild ausgeprägter leukoseröser Exsudation, Ausdehnung der Gefäße und Zerstörung des Gewebes. Verf. ist der Meinung, daß alle die leichteren oder schwereren Sommereruptionen, Sommerprurigo, Hydroa aestivale oder vacciniforme nur verschiedene Stadien und Formen einer gleichen Gruppe darstellen. Die Eruption, welche wohl vom Licht, aber auch von anderen Faktoren verschuldet sein kann, unterscheidet sich von den natürlichen Sonnenwirkungen erythematöser und pigmentierender Natur. Eine abnorme Veranlagung, welche sich z. B. auch in dem Hämatoporphyringehalt des Urins zeigt, liegt zugrunde, sowie bei Variola oder Pellagra, bei denen die Lichtwirkung ja auch oft das auslösende Moment bildet. Verf. zieht Analogien der Hydroa mit Lupus erythemat. und Tuberkuliden in bezug auf Lokalisation, Vaskularität und Ödemen der Gewebe, Narbenbildung und Witterungseinflüssen und kommt zu dem Schlusse, daß die beschriebenen Sommereruptionen eine Toxämie mit Hautentzündungen amikrobischer Natur seien, welche durch lokale Schädlichkeiten, zu denen auch die ultra-violetten Strahlen zu rechnen seien, hervorgebracht würde. Max Joseph (Berlin).

Guion et **Pater,** Complications rénales au cours de l'impétigo et de l'eczéma impétigineux. (Revue mens. des malad. de l'enfance. Novembre 1906.) Impetigo und Ekzem, Krankheiten, welche die schützenden Decken der Haut zerstören und auf großer Ausdehnung die Absorptionswege derselben, Lymph- und Blutbahnen freilegen, führen in gewissen Fällen zur Entwicklung von viszeralen Komplikationen und allgemeinen Infektionen. Daß dies nicht häufiger vorkommt, läge an dem fortwährenden und reichlichen Abflusse seröser Flüssigkeit, welcher diese Hautaffektionen beim Kinde charakterisiert und wodurch in mechanischer Weise eine expulsive Tätigkeit auf die infizierenden Mikroorganismen ausgeübt wird. Eine andere Schutzeinrichtung des Organismus bilden die Lymphdrüsen; es gibt aber Fälle, wo diese natürlichen Schutzmittel ungenügend werden und die infizierenden Mikroben in den Körper eindringen, wie dies mit Bezug auf die Tuberkulose der Fall ist. Eine andere Komplikation gibt die Nephritis ab, obzwar dieselbe nicht immer durch schwere Symptome in Erscheinung tritt und folglich der Aufmerksamkeit entgeht. Die Symptomatologie dieser Komplikation ist relativ einfach: meist ist es ein physikalisches Zeichen, Ödem des Gesichtes oder der Malleolen, welches die Aufmerksamkeit auf den Zustand hinlenkt. In anderen Fällen tritt die Krankheit durch das urämische Symptom in Erscheinung, wie Anasarka, Oligurie, Dyspnoe, Epistaxis, Erbrechen usw. Die Harnuntersuchung zeigt die Anwendung von Eiweiß in größeren oder geringeren Mengen, oft auch von Blut, und kann es zur Entwicklung einer wahren hämorrhagischen Nephritis kommen.

Nach dem Gesagten erscheint es also von Wichtigkeit, bei

Kindern, die an impetiginösem Ekzem leiden, namentlich die Hautveränderungen eine größere Ausdehnung besitzen, den Zustand des Harnes zu überwachen und bei Feststellung einer Nierenaffektion eine dementsprechende Therapie einzuleiten. E. Toff (Braila).

T. Colcott Fox, Clinical notes. (The British Journ. of Dermat. September 1906.) Bei einem sonst gesunden kräftigen Knaben stellten sich neben Pediculi und anschließender Impetigo auf dem Kopfe starke Schuppen, auf dem von den Pediculi freien Körper ein seborrhoisches Ekzem ein, welches durch die Kongestion und Erhöhung der Follikel bis zu dornenähnlichen Vorsprüngen auffiel. Bei der mikroskopischen Untersuchung fanden sich Kokken, auch spärliche Streptokokken, die Heilung erfolgte unter Waschungen mit Kreosotseife, Bädern und nachfolgender Applikation von Schwefel-, Bor- und Borsalizylsalben. Ein anderer Fall zeigt Pityriasis der Kopfhaut, rötliche und schuppende Maculae, miliare follikuläre Papeln, auch vereinzelte miliare vesikulöse Krustenbildung nach Kratzen. Zweifelhaft zuerst in der Diagnose und irrtümlich für Lupus gehalten erwies sich die Granulosis rubra an der Nasenspitze eines sonst gesunden Knaben. Eine in der Mitte gelegene Borke war umgeben von stecknadelkopfgroßen, durchscheinenden, tiefgelegenen, rötlichen Knötchen, welche unter Glasdruck als gelbliches Infiltrat erschienen. Nach Entfernung der Borke heilte die oberflächliche Exkoriation zwar schnell, doch zeigten sich später kleine Blasen oder klare Zysten und nach deren Verschwinden blieben wiederum die ursprünglichen Knötchen zurück. Die Affektion widerstand jeder Behandlung. Auffallend waren zeitweilige freie Schweißausbrüche an der erkrankten Stelle.

Max Joseph (Berlin).

Dreyer (Köln), Eine neue Pflanzendermatitis. (Dermatolog. Centralbl. Bd. IX. Nr. 5.) Bei Prostituierten, die im Kölner Gefängnis beim Aussuchen der Früchte von Sonnenblumen (Helianthus annuus) tätig gewesen waren, stellte sich folgendes Krankheitsbild ein: Rötung auf Armen und Nacken, leichtere Konjunktivitis, Brennen und Jucken, fast niemals aber Blasenbildung. Verf. hält eine mechanische Erzeugung dieser Dermatitis für wahrscheinlich, da beim Durchbrechen der Früchte kleinste Splitter an der inneren Fruchtschale entstehen, jedoch glaubt er eine eventuelle Reizung durch chemische Substanzen nicht ganz von der Hand weisen zu dürfen. (Bei der großen Vorliebe der Kinder für die Sonnenblumenkerne dürfte eine derartige Dermatitis dem Kinderarzte vielleicht öfter sichtbar geworden sein, ohne daß diese Ursache eruiert wurde? Ref.)

James O. Wentzel (Zittau).

Joseph Nicolas und **M. Favre,** Deux observations pour servir de contribution à l'étude clinique et histologique du Xeroderma pigmentosum. (Annales de Dermat. et de Syph. Juni 1906. Nr. 6.) Verff. berichten über 2 Fälle von Xeroderma pigmentosum, welche die gleiche Lokalisation an Gesicht, Nacken und oberen Extremitäten, die gleichen verrukösen, vaskulären und pigmentierten Erscheinungen, die gleiche Neigung zu epithelialer Degeneration aufwiesen, aber durch verschieden schweren Verlauf eine

unterschiedliche Prognose ergaben. Während bei dem 6jährigen Kinde tiefe Läsionen schnell fortschritten und jeder Abwehrprozeß des Organismus zu fehlen schien, war Verlauf und Ausbreitung der Affektion langsamer bei der älteren Frau, deren Erkrankung durch eine von ihrem Berufe als Wäscherin bedingte Sonnenverbrennung ausgelöst zu sein schien. Verff. glauben daher auch nicht an eine dauernde Besserung bei dem Kinde, trotzdem nach den Röteln zahlreiche verruköse Stellen infolge der Schuppung verschwanden. Die zurückbleibenden Erytheme und Pigmentationen lassen ein Wiedererscheinen der Neoplasmen befürchten. Verff. beobachtete eine Heilwirkung von Radiotherapie auf die verrukösen Wucherungen, nicht aber auf Erytheme und Hautatrophie, welche letztere gleichsam als das Substratum der Erkrankung überhaupt viel schwerer zu beeinflussen sind als die weniger Widerstand bietenden Neubildungen. Ein Tumor von der Nase der zweiten Patientin wurde chirurgisch entfernt und ergab bei der histologischen Untersuchung, deren eingehende Einzelheiten in der Arbeit selbst gelesen werden müssen, den Charakter eines Endopapilloms, aber nichts was den Ursprung der Veränderungen in den Talgdrüsen nahe legen konnte.

Max Joseph (Berlin).

E. Graham Little, A contribution to the study of Urticaria pigmentosa. (The British Journ. of Dermat. 1906. Nr. 1.) Die eingehenden Untersuchungen des Verf.s ergaben, daß die Urticaria pigentosa mit einer merklichen Veränderung der roten Blutkörperchen einhergehe, welche wahrscheinlich eine Verstärkung ihrer Widerstandsfähigkeit gegen zerstörende Einflüsse bedeute. Der Salzgehalt des Blutes ist vermehrt, die Kalksalze sind nicht vermindert. Die Urticaria pigmentosa mag in einigen Fällen mit einer Veränderung des Salzgehaltes im Blute zusammenhängen, doch legt die Ähnlichkeit des Blutbefundes bei Urticaria pigmentosa und Hämophilie, Purpura usw. nahe, die Urticaria pigmentosa den sogenannten Bluterkrankungen zuzurechnen oder in ihr eine Übergangsform zwischen Purpura und Urticaria zu sehen.

Max Joseph (Berlin).

Schourp und **Freund,** Ein Fall von Mycosis fungoides mit Berücksichtigung der Röntgentherapie. (Dermatolog. Centalbl. Bd. IX. Nr. 6.) Eine 3 Jahre bestehende Psoriasis, die zeitweise therapeutisch beeinflußt werden konnte, erwies sich als prämykotisches Stadium der Mycosis fungoides, die über den ganzen Körper verbreitet war. Anfangs tägliche, später 1—2 mal wöchentliche, Röntgenbestrahlung mit mittelweicher Röhre, jede Stelle 10 Minuten lang, brachte die Geschwürsfläche zur Überhäutung und die Geschwülste zur Abflachung. Eisenlichtbehandlung wirkte auch, aber langsamer. Besonders bemerkenswert war, daß durch innerliche Arsendarreichung der Heilungsprozeß wesentlich beschleunigt wurde, und besonders das Jucken bedeutend nachließ. Verff. erklären dies durch die Eigenschaft des Arsens, die Turgeszenz der Haut zu erhöhen und die Blutzirkulation in derselben zu verbessern. Es fehlte im vorliegenden Falle die Mitbeteiligung der Lymphdrüsen und die, von Levedde angegebene, Leukozytose. Zur Zeit der Publikation bestanden noch

an den Oberschenkeln einige flache Effloreszenzen, sowie an den Füßen eine elephantiastische Verdickung. James O. Wentzel (Zittau).

Max Joseph (Berlin), Heliotherapie zur Psoriasis. (Aus Dr. Josephs Poliklinik f. Hautkrankheiten. Berlin.) (Dermatolog. Centralbl.) J. rät zu größter Vorsicht bei allgemeiner Anwendung der Sonnenbäder, wie sie gegen Psoriasis vor kurzem Michael Guhr (Berl. klin. Wochenschrift. 1906. Nr. 17. S. 536) warm auch als Prophylaktikum empfahl. J. hat nämlich einen Fall beobachtet, bei dem durch Sonneneinwirkung an der See eine große Anzahl Psoriasiseffloreszenzen auftraten, und zwar nur an den Stellen, die genau dem durchbrochenen Muster einer Bluse entsprachen. Später traten auch am Ellenbogen vereinzelte Psoriasisflecke auf. Behandlung war in diesem Falle Arsen innerlich und Dreuwsche Salbe äußerlich. (Acid. salicyl. 10,0, Ol. Rusci-Chrysarobin. āā 20,0, Sapon virid. Vaselin flav. āā 25,0.) James O. Wentzel (Zittau).

Lengefeld, Über Dermasanpräparate bei der Behandlung von Hautkrankheiten. (Dermatolg. Centralbl. Bd. IX. Nr. 4.) Rheumasan wurde bei Tyloma manuum und Esterdermasan bei Perniones, Pityriasis versicol. seborrhoischen Ekzemen usw. 1—2 mal täglich 10—20 Minuten in die Haut massiert. Bei Psoriasis, wo alles andere versagte, auch Chrysarobintraumaticin, da führte Chrysarobindermasan (= Esterdermasan + 10 % Chrysarobin) oft noch zum Ziele. Für Fälle, für die Teer indiziert ist, aber versagt, empfiehlt L. als noch wirksam das Teerdermasan (= Esterdermasan + 5 % konz. Liq. carbon. deterg. + 10 % pix fagi). James O. Wentzel (Zittau).

B. W. Moore und **L. M. Warfield,** Fetal. Ichthyosis: report of a case with pathological changes in the thyreoid gland. (Americ. Journ. of the medic. sciences. May 1906.) Während mildere Fälle von angeborener Ichthyosis allenfalls mit Salben, Thyreoideaextrakt usw. zu behandeln sind, ist eine so schwere Erkrankung wie die hier beschriebene als völlig hoffnungslos anzusehen. Das ichthyotische Kind stammte von einer gesunden Mutter aus gesunder langlebiger Familie, doch gibt es zu denken, daß ein früheres, bald nach der Geburt verstorbenes Kind der Mutter nicht gezeigt worden ist. Bei dem im 7. Monate geborenen Kinde ist der ganze Körper von enorm dicken Hautschuppen, welche von Rhagaden unterbrochen in allen Richtungen gruppiert sind, bedeckt, Kopfhaut und Stirn erscheinen am schwersten betroffen, Finger und Zehen gekrümmt und starr, während mit Armen, Beinen und Kopf unter beständigem Schreien Bewegungen verursacht werden. Da der starr geöffnete Mund das Saugen unmöglich machte, wird künstliches Einflößen von Milch und Wasser versucht, bis bei andauernd tiefen Temperaturen nach 3 Tagen der Tod eintritt. Die Sektion ergab fötale Ichthyosis, Atrophie der Thyreoidea und Thymusdrüse, Fettleber, Kongestion an allen Organen, das Rete mucosum erscheint verdünnt. Verff. weist darauf hin, daß die meisten Ichthyosiserkrankungen Frühgeburten betreffen und nimmt eine Kombination der thyreoiden Degeneration mit der von Bowen erwähnten epitrichialen, nur bis zum 6. Monat normal

bestehenden, hier aber andauernden Schicht an. Wenn eine Epidermis überhaupt vorhanden war, wurde dieselbe durch eine Membran an der normalen Desquamation gehindert, eine trophische Veränderung erzeugte die ungeheure Verhornung des Rete Malpighii. Die Haut wurde so dick und unbeweglich, daß das Wachstum des Kindes sie mechanisch durchbrach, während alle hervorstehenden Körperteile, wie Nase, Ohren, Finger in der Entwicklung beeinträchtigt wurden.

Max Joseph (Berlin).

A. Brandweiner, Über Ichthyosis congenita. (Aus der K. K. dermatolog. Klinik in Wien.) (Wiener med. Presse. 1906. Nr. 40.) B. leugnet einen prinzipiellen Unterschied zwischen Ichthyosis simplex und congenita. Schilderung eines interessanten Falles bei einem 5 jährigem Kinde, bei dem auch die Augen an dem Prozeß beteiligt waren (Ulcus corneae, Ektropium), der sonst aber mild verlief.

Grätzer.

Koblanck, Über Pemphigus neonatorum. (Zeitschrift f. Geb. u. Gyn. 1906. Bd. 57.) An der Hand eines selbst beobachteten Falles von angeborenem einfachem Pemphigus, dessen intragenitale Entstehung er auf Infektion von der Scheide aus zurückführt, bespricht K. (in einem am 23. Februar 1906 in der Berl. Ges. f. Geb. u. Gyn. gehaltenen Vortrage) die von ihm und anderen ausgeführten bakteriologischen Untersuchungen über Ätiologie dieser Erkrankung und kommt zu dem Schluß, daß der Staphylococcus aureus der Erreger des Pemphigus neonatorum ist. Die Behandlung der Blasen und ihrer Umgebung mit 70 $^0/_0$ igem Alkohol bei Unterlassung des Badens der Kinder hat ihm gute Dienste geleistet.

In der Diskussion zu diesem Vortrage wurden K.s Untersuchungen von Liepmann und Keller bestätigt.

Wegscheider (Berlin).

E. Alamilla y Requeijo, Die Behandlung des Pemphigus acutus mit Finsenlicht; seine Übertragung durch Flohstiche. (Rev. de Med. y Cir. de Habana. 10. Juni 1905.) Bei dem $3^1/_2$ jährigen Töchterchen des Verf.s trat ein typischer Pemphigus auf, der allen Behandlungsmethoden trotzte. Verf. versuchte nun die Behandlung mit Finsenlicht, und schon nach 4 Tagen waren die Effloreszenzen völlig verschwunden. Kurz darauf konnte Verf. genau beobachten, wie aus einem Flohstich bei dem Kinde sich eine typische neue Pemphiguspustel entwickelte. Während der Behandlung des größeren Kindes traten auch bei einem zweiten $1^1/_4$ jährigen Pemphiguseffloreszenzen auf; hier genügten 7 Sitzungen, um die ca. 30 Effloreszenzen zu beseitigen. Der Floh, der die Infektion übertrug, war nicht der gewöhnliche Kinderfloh, sondern der Mäusefloh (pulgaderatón).

M. Kaufmann.



II. Neue Bücher.

F. Calot. **Die Behandlung der angeborenen Hüftgelenksverrenkung.** Übersetzt von Dr. P. Ewald. Mit einem Vorwort von Prof. O. Vulpius. Stuttgart, Verlag von F. Enke.

Die Herausgabe dieses Buches wird durch zwei Sätze des Autors motiviert und charakterisiert: „Die angeborene Hüftgelenksverrenkung kann und muß bis zum 12. oder 15. Jahre auf unblutigem Wege geheilt werden." „Die unblutige Behandlung der angeborenen Hüftgelenksverrenkung kann Gemeingut aller Ärzte werden." „Das vorliegende Werk will die Führung auf einem für den praktischen Arzt sicheren und doch leichten Wege übernehmen." Nun, plastisch schön hat ja der Autor seine Darstellungen gestaltet, ungemein klar und belehrend sind die 206 Abbildungen, die den Text begleiten, und die Methode des sich auf außerordentlich reiche Erfahrungen stützenden Verf.s erscheint bei solcher Unterweisung ziemlich leicht und einfach. Trotzdem kann und wird der praktische Arzt wohl kaum sich dazu entschließen, die Ausführung selbst zu übernehmen. Aber er wird recht viel aus dem ausgezeichneten Buche lernen und hohen Genuß aus dem Studium desselben schöpfen. Wir müssen daher dem gewandten Übersetzer für seine Arbeit dankbar sein und wünschen dem Werke weiteste Verbreitung. Grätzer.

Al. Monti. **Kinderheilkunde in Einzeldarstellungen.** Verlag von Urban & Schwarzenberg. Wien-Berlin.

Von dem rühmlichst bekannten Werke, das wir schon oft unsern Lesern warm empfohlen haben, sind zwei neue Hefte (Heft 24 Preis 2 Mk., Heft 25 Preis 1 Mk.) erschienen, von denen das eine die künstliche Säuglingsernährung bringt, das andere sich mit der Ernährung und Pflege der Kinder von der Entwöhnung bis zur Pubertät beschäftigt. Beide Themata sind in mustergültiger Weise bearbeitet und sind besonders den praktischen Ärzten angelegentlich zum Studium zu empfehlen. Grätzer.

B. Gomperz. **Pathologie und Therapie der Mittelohrentzündungen im Säuglingsalter.** Verlag von Josef Šafár in Wien.

G. hat auf Anregung von Politzer es unternommen, die reichen Erfahrungen, die er in vieljähriger Tätigkeit am Kinderkrankeninstitute von Kassowitz zu sammeln Gelegenheit hatte, einem weiteren Kreise von Kollegen zugänglich zu machen. Wir begrüßen dies dankbar, da G. es versteht, in ruhiger und dabei anregender Darstellung den umfangreichen Stoff klar und deutlich zu veranschaulichen und das praktisch Wichtige hervorzuheben und besonders eingehend dem Leser vorzuführen. Wir können diese Monographie, die auch 24 Abbildungen im Text und 3 lithographierte Tafeln enthält, warm empfehlen.

Grätzer.

III. Aus Vereinen und Versammlungen.

Gesellschaft für innere Medizin und Kinderheilkunde in Wien.

Pädiatrische Sektion.

Sitzung am 21. November 1906.

Lateiner demonstriert 2 Fälle von **typischem Myxödem**. Es handelt sich um zwei Geschwister. Der Knabe $3\frac{1}{2}$ Jahre alt, das Mädchen $4\frac{1}{2}$ Jahr zeigen beide alle Charaktere der Erkrankung.

Das Mädchen ist 76 cm, der Knabe 78 cm lang, also beträchtlich im Wachstum zurückgeblieben, es besteht die eigentümliche myxödematöse Schwellung der Haut, sie ist auch trocken. Die Haare sind struppig und borstig, die Haargrenze reicht tief hinab. Die Knochenentwicklung ist rückständig, die große Fontanelle noch offen. Dabei ist die Thyreoidea bei beiden Kindern noch zu tasten.

In der Diskussion wird darauf hingewiesen, daß bei Vorhandensein der Thyreoidea und mäßig entwickeltem Myxödem an bloße **Hypoplasie** der Thyreoidea zu denken sei.

Knöpfelmacher zeigt einen 8jährigen Knaben mit **Riesenwuchs.** Der Körperbau des Kindes ist dabei proportioniert. Patient ist 134 cm lang, hat mächtig entwickeltes Genitale, Pubes. K. meint, daß die Ursache dieses Riesenwuchses in der vorzeitigen Pubertät des Kindes zu suchen sei. Die Funktion der Keimdrüsen hat einen ungemein wichtigen Einfluß auf das Wachstum.

Preleitner demonstriert ein 9jähriges Kind mit **intensiv ausgebildeter Trichterbrust.** Das Corpus sterni zeigt eine winkelige Abknickung nach rückwärts. Die Grube ist 3 cm tief. P. bespricht die Ätiologie solcher Fälle. Die Deformität ist entweder angeboren und wird dann durch Druck des Kinnes, oder durch Druck der Ferse in utero erklärt, oder die Trichterbrust entwickelt sich später, wie man meint, durch Zurückbleiben des Brustbeines im Wachstum.

Therapeutisch hat Hoffa Heftpflasterverbände angegeben, die durch Zug die Zunahme der Veränderung hintanhalten sollen. Von anderer Seite sind eigene Saugapparate angegeben worden, die in ähnlicher Weise die Deformität mildern können.

Hecht berichtet über einen $3^1/_2$jährigen Knaben, der bei vollständigem Wohlbefinden deutlich grünen Harn entleert. H. konnte nachweisen, daß der die grüne Farbe bedingende Farbstoff Indigo ist.

In der Diskussion schildert Reuß einen ganz analogen **Fall von Indigurie.** Diese Anomalie des Harnes sei nach wenigen Tagen spontan zurückgegangen.

v. Pirquet hält den angekündigten Vortrag: **Über die Bedeutung der galvanischen Untersuchung im Säuglingsalter.**

Die extreme Überregbarkeit der peripheren Nerven für den galvanischen Strom, welche von Erb als charakteristisch für die Tetanie der Erwachsenen angegeben worden war, wurde von Escherich, dann von Ganghofner, Hauser u. a. auch bei der Tetanie der Säuglinge gefunden. Thiemich wies später nach, daß als pathognostisch für das Bestehen hochgradiger Überregbarkeit gelten kann Eintritt der Kathodenöffnungszuckung bei Stromstärke unter 5 Milli-Ampère.

Die Normalwerte der galvanischen Erregbarkeit hat Thiemich und Mann bestimmt. Vortr. ist jedoch auf Grund von ca. 800 Untersuchungen zum Schlusse gekommen, daß die bisher angegebenen Durchschnittswerte zu hoch sind.

v. Pirquet stellt zwischen der Überregbarkeit Thiemichs, welche er als „kathodische" bezeichnet und der normalen Erregbarkeit eine Mittelgruppe auf, die er anodische Überregbarkeit nennt, weil sie durch das Auftreten der Anodenöffnungszuckung unter 5 Milli-Ampère charakterisiert ist. Beim normalen Säugling tritt nur Schließungszuckung unter dieser Grenze auf.

Die „anodische Überregbarkeit" findet sich im Winter viel häufiger als im Sommer, bei mit Kuhmilch ernährten Kindern häufiger als bei Brustkindern, bei Rachitikern öfter als bei nicht rachitischen Gesunden. Die Verknüpfung der Überregbarkeit mit diesen Faktoren ist jedoch nicht so enge, daß ein einseitiges Abhängigkeitsverhältnis angenommen werden kann. Die Ansicht Stöltzners, die Überregbarkeit sei durch Kalzium hervorgerufen, ist unhaltbar. Vortr. bespricht an Hand eines genau verfolgten Falles von Tetanie alle in Betracht kommenden Faktoren.

Die praktische Bedeutung der galvanischen Untersuchung liegt daran, daß man durch diese Methode imstande ist, die Einreihung von Krämpfen und laryngospastischen Erscheinungen in die Gruppe der tetanoiden Erkrankungen durchzuführen und den Effekt der Therapie zu verfolgen. Bei einzelnen Fällen von Überregbarkeit und besonders von Laryngospasmus gelingt es nämlich, durch Änderung der Diät rasche Besserung zu erzielen (Rehn, Gregor). Nachprüfungen der Angaben von Finkelstein, der bei Brustmilch, bei milchfreier Kost oder bei roher Kuhmilch mit Lebertran fast stets eklatante Besserung sah, haben die allzu optimistischen Hoffnungen auf diese Therapie herabgesetzt, immerhin ist aber doch ein Versuch in dieser Richtung in jedem Falle auszuführen.

Die Ausführungen des Vortr. gewannen dadurch noch an Interesse, weil Escherich knapp vor dem Vortrage über einen letalen Fall von typischer Tetanie mit Carpopedalspasmen berichtete, der bei der Obduktion makroskopische Veränderungen an den Epithelkörperchen zeigte. Bekanntlich wird in letzterer Zeit nicht nur die Tetanie der Erwachsenen, sondern von mancher Seite auch die Tetanie der Kinder mit Funktionsstörungen der Epithelkörperchen in Zusammenhang gebracht.

Erdheim, der sich viel mit dieser Frage beschäftigt hat, demonstrierte die Epithelkörperchen des oben erwähnten Falles.

Eines derselben zeigte schon makroskopisch blutrote Verfärbung, ein zweites zeigte die analoge Veränderung in geringerem Grade. Histologisch finden sich in solchen Fällen ausgedehnte Hämorrhagieen. B. Schick (Wien).

Holländische Gesellschaft für Kinderheilkunde.

(Ned. Tydschr. v. Geneesk. 1906. II. S. 1838.)

Mol (Haag): **Die Behandlung der Tuberkulose am Meer.** M. berichtet über seine Erfahrungen im Seehospizium „Sofia-Stiftung“. Es ergab sich, daß bei der chirurgischen Tuberkulose in der Regel völlige Heilung erzielt wurde. Bei der Tuberkulose der Lymphdrüsen ist der Erfolg größer, wenn der Prozeß weniger fortgeschritten war; am schwersten heilten die fistulösen Formen. Tuberkulose der Haut heilte gewöhnlich sehr schnell, und Lupus besserte sich in der Mehrzahl der Fälle. In drei Fällen von tuberkulöser Peritonitis wurde ohne Operation vollständige Heilung erzielt. Nur bei Tuberkulose der Lunge sind die Erfolge sehr zweifelhaft.

Scheltema (Groningen) berichtet über **Morb. Basedowii** bei der Mutter, und **Myxödem** bei ihrem Kinde. Der von S. wahrgenommene Fall, wo eine Mutter, welche behaftet war mit Morb. Basedowii, ein Kind zur Welt brachte, das an Myxödem erkrankte, sollte dafür sprechen, daß beide Krankheiten Folgen sind einer primären Erkrankung der Schilddrüse.

de Bruin (Amsterdam) berichtet über **zwei Fälle von spontaner Gängrän bei Säuglingen.** Mit Ausnahme der sogenannten multiplen kachektischen Gangrän der Haut, verursacht durch direkt auf diese einwirkende Noxen (Mikroorganismen, Druck usw.), ist Gangrän bei Säuglingen außerordentlich selten. Dies ist im besonderen für spontane Gangrän der Fall, dem Effekt der Unterbrechung der Blutzufuhr zu einer Extremität, bei der vorher sowohl die Zirkulation als auch die zelligen Gewebselemente ganz normal und lebenskräftig gewesen sind.

Die Kasuistik des bei Säuglingen so außerordentlich seltenen Leidens kann B. vermehren durch zwei eigene Beobachtungen:

1. Spontane Gangrän des rechten Unterbeins bei einem Neonatus. Bei dem spontan geborenen Kinde, bei dem zuvor vergebliche Versuche mit Wendung und Extraktion gemacht waren, war schon unmittelbar nach der Geburt das rechte Unterbein blau verfärbt. Die Mutter hatte kein Sekale gebraucht.

Bei der Aufnahme im Spital zeigte sich bei dem 11 tägigen Kinde keine Nabeleiterung; das ganze rechte Bein war von den Zehen bis an die Mitte des Oberschenkels blaufarbig, die Art. cruralis dextra nicht fühlbar. Innenorgane normal. Am linken Oberarm hämorrhagischer Infarkt der Haut. Ödem am linken Arm und Hand.

Nach einer Woche trat eine deutliche Demarkation auf, welche sich bis auf den Femur vertiefte. Nach einem Monat hing das Unterbein nur durch einige Sehnen an dem Oberschenkel. Nach Durchtrennung dieser Sehne ergab sich, daß die Demarkation in der unteren Epiphysenlinie des Femurs stattgefunden hatte. Nach 4 Monaten war der Stumpf geheilt und das Kind völlig hergestellt.

B. läßt dahingestellt, ob hier Thrombose oder Embolie im Spiele war.

2. Spontane Gangrän an drei Zehen bei einem Kinde von 8 Monaten. Bei dem Säugling mit chronischem Darmkatarrh ohne Lues, fand B. bei der Aufnahme Ödem des rechten Fußes; Bullae auf den drei ersten Zehen; Puls in Art. dors. pedis fehlte. Nach 14 Tagen war das Ödem geschwunden, aber die drei ersten Zehen im ganzen und die Spitze der vierten Zehe waren gangränös und zeigten deutliche Demarkation; nachher spontane Abstoßung der gangränösen Teile in der Demarkationslinie. Nach einigen Wochen vollständig geheilt entlassen.

B. fand in der ganzen Literatur nur einen Fall von spontaner Gangrän bei einem Säugling im Alter von 1 Monat.

Haverschmidt (Utrecht) berichtet über: **Beitrag zur Bedeutung der Erkrankungen der oberen Luftwege bei jungen Kindern.** H. macht darauf aufmerksam, daß sehr oft die charakteristischen lokalen Erscheinungen fehlen, und daß mehr die allgemeinen Erscheinungen in den Vordergrund treten. H. fand in seinen Fällen öfters nur hohe Temperaturen, ohne Lokalbefund, zuweilen lenkten Drüsenschwellungen am Halse die Aufmerksamkeit auf ein lokales Leiden.

Öfters verliefen die Fälle unter dem Bilde einer febrilen Gastroenteritis, schwer zu entscheiden von der Sommerdiarrhöe. Zuweilen Abszeßbildung der regionären oder retropharyngealen Drüsen.

H. fand in den meisten Fällen im Schleim Diplokokken, die deutlich von Pneumokokken zu unterscheiden waren. Dieselben Diplokokken fand H. im Schleim der Pharynx bei den leichtkranken erwachsenen Familienmitgliedern, ebenso im Harn eines der kranken Säuglinge.

H. ist deshalb der Meinung, daß die Säuglinge streng von den erwachsenen Familienmitgliedern getrennt werden müssen, welche Erscheinungen eines akuten Katarrhs der oberen Luftwege darbieten. Graanboom.

IV. Monats-Chronik.

München. Die hygienisch so wichtige Frage des **geschlossenen Vormittagsunterrichtes** hat an den Münchener Gymnasien in jüngster Zeit große Fortschritte gemacht. Nicht nur ist diese Zeiteinteilung nunmehr an 8 Gymnasien wenigstens teilweise eingeführt, sondern es hat auch die Neuerung in Lehrerkreisen, trotz vieler anfänglicher Bedenken, einen vollen Sieg davongetragen. Dies bewies der Verlauf einer am 20. Dezember v. J. abgehaltenen Versammlung der Gymnasiallehrer-Vereinigung München. In dieser Versammlung, der auch eine Anzahl von Ärzten beiwohnte, wurde die Frage an der Hand eines ausgezeichneten Referates von Gymnasiallehrer Dr. F. Fischer nach allen Richtungen besprochen und zwar durchwegs im Sinne rückhaltloser, zum Teil begeisterter Zustimmung. Als Resultat der Münchener Erfahrungen wurde festgestellt, daß die Schulleistungen die gleichen sind, wie bei geteilter Arbeitszeit, daß aber für die körperliche Ausbildung und für Lieblingsbeschäftigungen der Schüler sehr viel mehr Zeit übrig bleibt; dementsprechend hebt sich das körperliche Wohlbefinden der Schüler. Nach diesen Erfahrungen darf man hoffen, daß die geschlossene Arbeitszeit in München eine dauernde, weiter auszubauende Einrichtung bleiben wird und daß auch die, jedem gesunden Fortschritt sonst so zugängliche Leitung unserer Volksschulen sich entschließen möge, diese Arbeitszeit, wenn auch zunächst nur in fakultativer Weise, in den Volksschulen einzuführen. Erst dann kann ihre segensreiche Wirkung, die nicht nur den einzelnen Schülern, sondern ganzen Familien, dadurch, daß sie das Wohnen an der Peripherie ermöglicht, zugute kommen soll, sich voll entfalten. Denn die geschlossene Arbeitszeit in Schule und Beruf, Hand in Hand mit guten und billigen Verkehrsmitteln, bedeutet zu einem guten Teil die Lösung der Wohnungsfrage. (Münchn. med. Wochenschrift.)

Darmstadt. Der Großherzog hat aus Anlaß der Taufe des Erbgroßherzogs die Schaffung einer **Zentrale für Säuglingspflege und Mutterschutz** angeordnet und das Ministerium angewiesen, geeignete Vorschläge auszuarbeiten.

Weimar. Der in Leipzig verstorbene Kaufmann Günther Herbst hat der Stadt ein Legat von 55000 Mk. zur Gründung eines **Kinderkrankenhauses** vermacht.

Heidelberg. Der Prof. Dr. Vulpiusschen orthopädisch-chirurgischen Heilanstalt ist eine schöne Stiftung zugewiesen worden. Eine alljährlich zur Verfügung gestellte Summe von 10000 Mk. ist bestimmt zur erleichterten und unentgeltlichen Behandlung unbemittelter Kranker mit orthopädisch-chirurgischen Leiden.

Rom. Dr. L. Concetti wurde zum außerordentlichen Professor der Kinderheilkunde ernannt.

Verantwortlicher Redakteur: Dr. Eugen Graetzer in Friedenau-Berlin. — Verlag von Johann Ambrosius Barth in Leipzig. — Druck von Metzger & Wittig in Leipzig.

Centralblatt für Kinderheilkunde.

Eine Monatsschrift für praktische Ärzte.

XII. Jahrgang. 1. März 1907. No. 3.

I. Originalbeiträge.

Über konzentrierte Nährmittel.

Von

S.-R. Dr. **L. Fürst** (Berlin).

Das Streben der Nahrungsmittelindustrie geht in den letzten zwei Jahrzehnten ganz offenbar mehr und mehr dahin, Diätetika zu konstruieren und auf den Markt zu bringen, welche neben den Vorzügen der Sterilität und Haltbarkeit die möglichste Konzentration besitzen. Es ist dies eine Signatura temporis. Im kleinsten Volumen will man dem Kranken oder den Unterernährten den größten Nährwert zuführen. Wären alle diese wohlgemeinten und oft sehr geistreich ersonnenen Präparate tatsächlich für die Ernährung des Menschen brauchbar, wäre zugleich ihr Preis derart, daß jede andere Kalorienzufuhr dagegen verblassen müßte, das Problem der Volksernährung wäre aufs glücklichste gelöst. Leider aber ist dem nicht so. Denn die Albuminate, auf welche gegenwärtig der Schwerpunkt gelegt wird, sind nur bis zu einem gewissen Prozentsatz resorbier- und assimilierbar; selbst wenn die Assimilierbarkeit auf 98 oder selbst 100% berechnet wird, so ist dies eben ein Rechenexempel, welches die Toleranz des menschlichen Organismus ganz außer acht läßt. Infolge dieser Fehlerquelle werden alle Berechnungen der Produzenten an absolut und restlos verdaulichen Eiweißpräparaten über den Haufen geworfen. Denn nicht nur, daß der Darm bloß einen mehr oder weniger großen Teil des betreffenden Präparates aufnimmt, er stößt auch den unverwendbaren Rest unter diarrhoischen Erscheinungen aus. Wird aber trotzdem ein Plus aufgenommen, so bewirkt es anstatt Gewebsansatz Zerfall und Zerstörung eiweißhaltiger Substanzen, sowie Fettschmelzung, kurz, gerade das Gegenteil von dem, was man erreichen wollte. Die konzentrierten Eiweißnährmittel sind also ein zweischneidiges Schwert, sind nur mit einer gewissen Vorsicht und unter besonderen Kautelen verwendbar, können auch, der Natur der Sache nach, nicht das leisten, was der Erfinder von ihnen erwartet.

Immerhin aber sind sie, in passender Dosierung der Nahrung zugesetzt, oftmals von Nutzen.

Hat also die konzentrierte Eiweißzufuhr ihre naturgemäße Einschränkung, so ist dies noch mehr bei einer konzentrierten Fettzufuhr der Fall. Schon aus der Säuglingsernährung wissen wir, daß

eine sehr fettreiche Milch, wie sie z. B. durch die Zentrifuge oder durch Rahmzusatz hergestellt wird, keineswegs einen Überschuß von Fett dem Körper zugute kommen läßt. Vielmehr scheidet der Säugling dies Plus in Gestalt von Fettdiarrhoe wieder aus. Ähnlich liegen die Verhältnisse, wenn größere Kinder mit Lebertran überfüttert werden. Aber auch kein Erwachsener kann eine zu fettreiche Nahrung, zumal wenn sie nicht emulgiertes Fett enthält, für längere Zeit ver-vertragen, ohne an Dyspepsie zu erkranken.

Eine dritte Gruppe von Nährsubstanzen, die als konzentrierte Nahrung in Frage kommen könnte, sind die Kohlehydrate, insbesondere die Süßstoffe. Aber auch hier hat sich gezeigt, daß nicht alle die Verwendung als Nährmittel ermöglichen, daß sie vielmehr lediglich die Bedeutung als Genußmittel beanspruchen, also nur in bescheidener Dosis als Zusatz zu Speisen und Getränken verwendet werden dürfen. So ist beispielsweise der Milchzucker, den man rechnerisch als Fettersatz in der Säuglingsernährung zu verwenden meinte, tatsächlich ungeeignet, weil er in größeren Dosen Darmkatarrh verursacht. Der Rohr- (oder richtiger Rüben-)zucker geht im Magendarmkanal Gärungen ein, welche zu Diarrhoe und Dyspepsie führen. Auch die Lävulose (Fruchtzucker) hat sich mehr als Genußmittel bewährt. Einzig und allein die Maltose vermag als konzentrierte Kohlehydratnahrung zu gelten und auch diese nur in der hierfür geeigneten Form.

Seit 3—4 Jahrzehnten hatte man die diätetische Bedeutung des Malzes erkannt. Malzreiche Biere, Extrakte von Sirupskonsistenz, selbst trockene Präparate wurden empfohlen, haben sich aber nicht in der Diätetik fest einbürgern können. Sogar Liebigs genial ausgedachte Malzsuppe teilte dies Schicksal, wenn sie auch neuerdings durch die technischen Fortschritte der Industrie in praktischere Form gebracht worden ist. Erst Dr. Chr. Brunnengräber in Rostock (M.) war es vorbehalten, das reine trocken-kristallinische Malz (Maltokrystol) zu einem konzentrierten Nährmittel für Kinder und Erwachsene auszugestalten und damit die Frage endgültig zu lösen.

Ein namhafter Kliniker, Stadelmann, hat in einer interessanten Studie [1]) über Kohlehydrate im allgemeinen und über Maltokrystol im besonderen auf den Nährwert der Zuckerarten mit aller Entschiedenheit hingewiesen und, da sie restlos verbrennen, sowie Eiweiß und Fett sparen, ihren Vorzug vor den Albumosen in das rechte Licht gesetzt. Daß sie leicht verdaulich, löslich und gut nährend sind, daß sie selbst bei konsumierenden Krankheiten das Kalorienbedürfnis des Körpers decken, sind anerkannte Vorzüge. Aber er hebt auch hervor, daß die Kohlehydrate insofern antiseptisch wirken, als sie die Eiweißfäulnis im Darm hintanhalten. Was nun speziell das Maltokrystol betrifft, so schätzt Stadelmann dessen Nährwert bei 1 Eßlöffel = 60 Kalorien = 1 Hühnerei. Auch A. Wolff [2]) und W. N. Clemm [3]) sprechen sich in hohem Grade günstig über das

[1]) Deutsche Ärzte-Ztg. 1901. 21. „Neuere Nähr- und Genußpräparate."
[2]) Bedeutung der Malzextrakte für die Ernährung. (Deutsche Ärzte-Ztg. 1902. 19.
[3]) 20. Kongreß für innere Medizin und Wien. klin. Rundsch. 1902. 30. u. 31.

trockene, kristallinische und reine Malz aus, Stimmen, denen ich mich auf Grund eigener Erfahrungen aus den letzten Jahren nur anschließen kann. Schon äußerlich macht das goldigglänzende, lockerkristallinische Präparat einen so appetitlichen Eindruck, daß die schwarzbraunen, sirupösen Extrakte dagegen gar nicht aufkommen können. Der angenehm-würzige Geruch und Geschmack, die leichte Löslichkeit, das Freisein von Gärungen und die große Haltbarkeit sind weitere Vorzüge, welche das Präparat bei alt und jung, bei Kranken, Rekonvaleszenten und den nicht minder diffizilen Kindern rasch beliebt gemacht haben. Da man es in jedem Getränk (Wein, Suppe, Milch, Schleim) nehmen kann, da es ferner ohne weiteres und vollständig assimilierbar ist, also selbst den schwächsten Verdauungsorganen nicht die mindeste Schwierigkeit bereitet, und in ca. 1 Stunde schon zu 70—80% resorbiert ist, so bewährt es sich in der Diätetik Gesunder, Geschwächter und selbst bei zarten Säuglingen ganz vortrefflich. Letzteren gebe ich es auch in den heißen Sommermonaten in Hafer-, Graupen- oder Reisschleim. Schwerkranken und Fiebernden kann man es in einem ähnlichen Menstruum oder in Milch, in Süßwein, in Zuckerwasser, Tee usw. reichen. Ich habe nie gefunden, daß es Widerwillen erzeugt; im Gegenteil wird es wochen- und monatelang gern genommen. Einige Beispiele aus der Zahl der von mir mit Maltokrystol behandelten Fälle mögen hier folgen, um dessen Vorzüge zu illustrieren:

1. Knabe, 8½ Monate. — Diagn.: Atrophie, Tabes meseraica. Anfangs mit Kuhmilch, später mit Semmelbrei ernährt. — Dauer der Behandlung 2 Monate. — Gewicht von 5380 auf 7020 gestiegen.

2. Knabe, 11 Monate. — Diagn.: Atrophie (Mutter Phthis. pulm.) — Dauer der Behandlung 3 Monate. — Gewicht bei der Geburt nur 2500, bei der Behandlung Zunahme von 7010 auf 9100.

3. Mädchen, 1 Jahr 3 Monate. — Diagn.: Abmagerung nach längerem Magen- und Darmkatarrh. Skrophulose. — Dauer der Behandlung 7 Wochen. — Gewichtszunahme von 7630 auf 8990.

4. Mädchen, 6½ Jahr. — Diagn.: Atrophie nach Keuchhusten und Pleuropneumonie. Hepatisation der Lunge. Pleurit. Schwarte. War bis zur Erkrankung vorzüglich genährt. — Dauer der Behandlung 2½ Monate. — Gewichtszunahme von 15,006 auf 16,200.

5. Knabe, 8 Jahre. — Diagn.: Sehr verzögerte Rekonvaleszenz nach Pneumonie und Nephrit. post scarlatinam. War bis zur Erkrankung normal genährt. — Dauer der Behandlung 2—3 Monate. — Gewichtszunahme von 19,055 auf 21,210.

6. Mädchen, 9¼ Jahr. — Diagn.: Dürftige Ernährung. Asomnie, Chorea minor. — Dauer der Behandlung 1½ Monat. Später noch 1 Monat. — Gewichtszunahme von 22,060 auf 23,230.

7. Knabe, 10 Jahre 1 Monat. — Diagn.: Vitium cordis cong. durch Offenbleiben des Foramen ovale. Neigung zu Cyanose. Magerkeit. Körperschwäche. — Dauer der Behandlung ½ Jahr. — Gewichtszunahme von 25,450 auf 26,120.

8. Mädchen, 13 Jahre 6 Monate. — Diagn.: Habitus infant. Ernährung unrationell und dürftig. Ungünstige hereditäre und soziale Verhältnisse. — Dauer der Behandlung 8 Monate. — Gewichtszunahme von 28,550 auf 30,600.

Die Erfolge sind in der Tat auffallend gut. Ernährung und Kräftezustand heben sich, das Gewicht nimmt zu, der Körpergewebszerfall kommt zum Stillstand, die oft bedenklichen Schwäche- und Kollapsanfälle, wie man sie in der Rekonvaleszenz nach schweren In-

fektionskrankheiten beobachten kann, bleiben aus. Auch auf chlorotische, anämische und neurasthenische Zustände hat das Präparat, wie ich mich überzeugen konnte, einen günstigen Einfluß, indem es die Ernährung im allgemein hebt. Diese Wirkung ist nicht zu verwundern, denn das Präparat enthält ca. 93% Kohlehydrate (76,3 Maltose und 16,5 Dextrin) in einer resorbierbaren Form und außerdem 5% leichtverdauliche Eiweißstoffe (Stickstoffsubstanz), etwas — der Gerste eignes — natürliches Organeisen und an Diastase (stärkeverdauendem Enzym) das Doppelte im Vergleich zu anderen Malzpräparaten. Das Maltokrystol ist also nicht nur ein konzentriertes Nährmittel von großer Vollkommenheit, sondern auch infolge seiner Fähigkeit, Stärke in Zucker umzuwandeln, ein echter Glykogenbildner, eine Eigenschaft, die für die Ernährung von Säuglingen und Kranken sehr zu schätzen ist. Denn der Brennstoff, wie ihn z. B. das Brot enthält, wird doch dadurch erst dem Verdauungsprozeß leicht zugänglich, daß die betreffenden Kohlehydrate gelöst werden.

Der Eisengehalt, von dem oben die Rede war, ist allerdings kein hoher. Es lag deshalb nahe, ihn durch einen entsprechenden Zusatz zum Maltokrystol zu steigern, da man mit solchen medikamentösen Zusätzen, wie Chin. ferro-citr., Hopfen, milchphosphorsaurem Kalk usw. gute Erfahrungen gemacht hatte. Was das Eisen betrifft, so hatte Brunnengräber zunächst das von Salkowski angegebene Triferrin ins Auge gefaßt, das phosphorhaltige Eisensalz der Paranucleinsäure. Allein dem Hämol Kobert, das, durch Reduktion aus dem Rinderblute hergestelllt, sich als Blutkörperchenbildner und Hämoglobinvermehrer so sehr bewährt hat, mußte doch der Vorzug gegeben werden. Und so haben wir denn ein Maltokrystol mit Hämol erhalten, welches unter den konzentrierten Nährmitteln zurzeit mit an erster Stelle stehen dürfte, da es alle an ein solches zu stellende Bedingungen auf das glänzendste erfüllt. So gibt es für schwer anämische Stillende und für schlecht genährte Kinder kaum ein wirksameres Diätetikum. Kobert und Cramer[1]) haben sich darüber ausführlicher ausgesprochen. Von den mir gütigst zur Verfügung gestellten Quantitäten des Maltokrystol mit Hämol habe ich ebenfalls in einer kleinen Anzahl von Fällen Gebrauch gemacht und, wie ich voranschicken darf, mit guten Ergebnissen:

1. Knabe, 8 Jahre 4 Monate. — Nach Beginn des Schulbesuches Irritatio cerebri. Nervosität. Abmagerung. Anämie. Schlechter Schlaf. — Dauer der Behandlung 4 Monate. — Chromozyten 2,2 : 3,6 Mill. — Hämoglobin (Messungen mit v. Fleischls Hämometer): 40—52%. — Ernährung recht gut. Schlaf ruhiger. Hirnerregungen seltener.

2. Mädchen, 12¾ Jahre. — Diagn.: Chlorose. Dürftige Ernährung. Gedunsenes Gesicht. — Dauer der Behandlung 4½ Monate. — Chromozyten 3,1 : 3,8. — Hämoglobin 36—48%. — Ernährung normaler. Hydräm. Schwellung besser.

3. Mädchen, 13½ Jahre. — Diagn.: Chlorose. Taenia. Dysmenorrhoe. — Dauer der Behandlung 7 Monate. — Chromozyten 2,7 : 3,2. — Hämoglobin 44 bis 55%. — Ernährung sehr befriedigend.

4. Knabe, 14 Jahre. — Verzögerte Rekonvaleszenz nach Dysenterie. Anämie. Unterernährung. — Dauer der Behandlung 2½ Monate. — Chromozyten 3,4 : 3,9. — Hämoglobin 48—60%. — Ernährung günstig.

[1]) Zeitschrift f. Krankenpflege. 1903. 3.

5. **Mädchen**, 15 Jahre. — Chron. Arthritis nach akutem Gelenkrheumatismus, Anämie hohen Grades, nach längerem Krankenlager zurückgeblieben. Bedrohliche Abmagerung. — Dauer der Behandlung $3^1/_4$ Monate. — Chromozyten 2,8 : 4,2. — Hämoglobin 46 : 62 %. — Am Schlusse recht wohlgenährt.

Zum Schluß noch eine kurze Bemerkung über Tagesdosis und den Preis, da beides bei einem konzentrierten Diätetikum aus praktischen Gründen sehr wichtig ist. Man gibt Erwachsenen pro die 3—4 Eßlöffel (Kindern je nach dem Alter ebenso viele Dessert- oder Teelöffel). Von dem Maltokrystol kostet $^1/_8$ kg 1 Mk., von dem mit Hämol Kobert versetzten Maltokrystol 1 Mk. 45 Pf., Preise, die, im Verhältnisse zu dem bedeutenden Nährwert, der vollständigen Assimilierbarkeit und der restlosen Ausnutzung als mäßig zu bezeichen sind.

Nicht unerwähnt möchte ich lassen, daß sich das Maltokrystol von anderen Malzpräparaten dadurch unterscheidet, daß es reicher an Eiweiß, Diastase und Lezithin ist. Es liegt dies weniger an dem verwendeten Rohmaterial, als an der verbesserten Herstellungsmethode. Früher wurde auch bei Brunnengräber die Maische aufgekocht, weil sie hierdurch klar und haltbar werden sollte. Bei der hierzu nötigen hohen Temperatur zersetzten sich aber die Eiweißstoffe und fielen zu Boden, was zwar eine Klärung der überstehenden Flüssigkeit, aber auch eine Zerstörung der nur 65° C. aushaltenden Diastase veranlaßt. Das jetzt eingeführte Verfahren besteht nun, wie ich höre, darin, daß das Malz bei Gegenwart eines indifferenten Gases unter Druck bei einer Temperatur von nur 45—50° C. beständig mit Wasser vermengt wird. Nach einem halbstündigen Stehen fließt die Maische klar ab, wird im Vakuumapparate bei 45° C. eingedickt und auf flachen Tellern bei 30° C. zur Trockne verdampft.

II. Referate.

Dehner, Fremdkörperextraktion aus der Bauchhöhle. (Aus dem städt. Krankenhause Ludwigshafen a. Rh.) (Münch. med. Wochenschrift. 1907. Nr. 4.) Der interessante Fall sei vollständig wiedergegeben:

Ein $2^1/_4$ Jahre altes Kind spielte, auf dem Arme der Mutter sitzend, mit einer Zuckerkirsche, welche an einem 7 cm langen, stricknadelstarken Draht befestigt war. Die Mutter, welche beobachtet hatte, daß das Kind Kirsche und Draht verschluckte, brachte das Kind am folgenden Tage zu ihrem Hausarzte, der die übliche Breidiät anordnete. In den ersten Tagen zeigten sich keinerlei stürmische Erscheinungen, insbesondere kein Erbrechen. Am 3. Tage fiel dem behandelnden Arzte und den Eltern die vornübergeneigte Haltung des Kindes beim Gehen auf; gleichzeitig stellte sich eine von Tag zu Tag zunehmende Appetitlosigkeit ein. Die Darmfunktionen blieben normal.

Da nun im Verlaufe von 8 Tagen der Draht per vias naturales nicht abging, die Nahrungsverweigerung jedoch immer mehr zunahm, sandte der behandelnde Arzt mir das Kind zu. Das Kind lag mit im rechten Hüftgelenk leicht flektierten Oberschenkel auf dem Operationstisch; der Versuch, das Bein völlig zu strecken, löste starke Schmerzen aus. Das Abdomen war nicht aufgetrieben und in der rechten Unterbauchgegend nur wenig druckempfindlich; der Palpations- und Perkussionsbefund ergaben keine Anomalien. Das Röntgenskiagramm zeigte

deutlich den 7 cm langen Draht rechts von der Wirbelsäule etwa in der Ileocoekalgegend in vertikaler Lage parallel der Wirbelsäule.

Zur Entfernung des Fremdkörpers eröffnete ich die Bauchhöhle mittels eines Schnittes am lateralen Rande des rechten M. rectus, in der Erwartung, daß der Draht nach seiner Lage auf der photographischen Platte sich im Coecum gefangen habe. Zu meinem Erstaunen fand ich jedoch Coecum und Colon ascendens leer. Nach Auspackung dieses Darmabschnittes fiel mir auf, daß eine Dünndarmschlinge in der Tiefe fixiert war. Beim Betasten derselben fühlte ich hinter der Schlinge Fluktuation. Nun war die Sache klar; der Draht hatte Magen und Jejunum passiert und eine Ileumschlinge perforiert. Zum Glücke waren der Perforation des Drahtes Verklebungen vorangegangen.

Ich schützte die Bauchhöhle durch ausgiebige Tamponade, inzidierte den auf dem M. psoas liegenden Abszeß und extrahierte den Draht. Das Kind machte eine glatte Rekonvaleszenz durch und verließ geheilt nach 6 Wochen das Krankenhaus.

Das Merkwürdige und Interessante an dem Falle ist meines Erachtens die Tatsache, daß ein Kind von $2^1/_4$ Jahren einen starren 7 cm langen Draht ohne Verletzung des Ösophagus geschluckt hat, ferner, daß der Draht den kleinen kindlichen Magen und das Jejunum zu passieren imstande war, um schließlich eine Ileumschlinge zu perforieren.

Grätzer.

Modigliano, Über einen Fremdkörper in den Verdauungswegen eines 9 Monate alten Kindes. (La Pediatria. März 1906.) Das Kind hatte eine 7 cm lange Nadel verschluckt. Die erste Röntgenuntersuchung zeigte den Fremdkörper dicht unterhalb und rechts vom Nabel, eine zweite 34 Stunden später vorgenommene Durchstrahlung zeigte ihn links vom Nabel und weiter unten. 148 Stunden, nachdem sie verschluckt worden war, wurde die Nadel spontan mit dem Stuhlgang entleert.

F.

A. B. Cortés, Koprolith in der Rektalampulle eines Kindes von 11 Monaten. (Rev. de Med. y Cir. Práct. 28. I. 1906.) Bei dem Kinde war wegen der hochgradigen Abmagerung und Auftreibung des Leibes Tuberkulose angenommen worden. Die Angabe der Mutter, daß die Einführung der Klystierspritze Schwierigkeiten mache, veranlaßte eine Rektaluntersuchung, die einen hühnereigroßen Kotstein ergab. Nur mit Schwierigkeiten gelang seine Verkleinerung und Herausbeförderung mit Hilfe einer Pinzette und einer Haarnadel. Es erfolgte prompte Genesung.

Kaufmann.

Magi Osvaldo, Ein Fall von Eklampsie infolge von Askáriden. (Gazz. degl. osped. 1906. Nr. 14.) Ein 6jähriges, bisher völlig gesundes Kind erkrankt plötzlich an klonischen Krämpfen der ganzen rechten Seite, die eine halbe Stunde anhalten, bei völlig intaktem Bewußtsein; nach ihrem Ablauf bleibt eine leichte Parese der rechten Fazialis und der oberen Extremität zurück. Auf Santonin geht ein Askaris ab. Am nächsten Tage tritt ein neuer, 3 Stunden dauernder Anfall auf, mit Glottiskrämpfen verbunden; auf neue Santonindarreichung gehen weitere fünf Askariden ab. Seitdem kein Anfall mehr; die Paresen verschwinden nach 5 Tagen völlig.

Kaufmann.

Sehrt, Über die Askaridenerkrankung der Bauchhöhle. (Beitr. z. klin. Chir. Bd. 51. Heft 13.) Bisher sind 31 Fälle von Spul-

würmern in der Bauchhöhle mitgeteilt worden. Der in der Freiburger Klinik zur Beobachtung gekommene Fall betrifft eine Frau, die plötzlich mit starken Schmerzen in der Magengegend und der rechten Unterbauchseite erkrankte und in der Folgezeit immer mehr abmagerte. Nach einigen Wochen war oberhalb des Nabels ein Tumor zu konstatieren. Es wurde ein Magenkarzinom angenommen, bei der Operation stellte sich jedoch heraus, daß der Tumor aus bindegewebigen Massen bestand, in dessen Innern mehrere mit Eiter gefüllte Hohlräume sowie Reste eines Askaris gefunden wurden. Im Eiter sowie im Tumorgewebe fanden sich große Mengen von Askarideneiern. Auf der Magenserosa sowie der Serosa der Leber befanden sich zahlreiche miliare Knötchen, die alle ein zentralgelegenes Askarisei aufwiesen, meist eingeschlossen in den Leib einer mächtigen Riesenzelle.

St. hält es für wahrscheinlich, daß zunächst eine Epityphlitis mit Perforation des Wurmfortsatzes vorgelegen, wobei ein Askaris ausgetreten ist und dann im kleinen Netz gleich einem Fremdkörper eingekapselt wurde, nachdem er vorher unzählige Eier abgegeben, die durch die Darmperistaltik in die nähere Umgebung verschleppt wurden.

Ewald (Heidelberg).

M. A. Rabetz, Entleerung von Askariden durch eine penetrierende Wunde der Bauchwand und des Dünndarmes. (Semaine médicale. 1906. Nr. 39.) Die dem 4jährigen Knaben durch einen Kuhhornstoß beigebrachte Wunde saß $1^1/_2$ cm nach außen vom äußeren Rand des Musculus rectus und $2^1/_2$ cm oberhalb des rechten Poupartischen Bandes und war durch eine prolabierte Dünndarmschlinge verlegt. Bei der Reposition des Darmes wurde ein Riß in dem Darmstück gefunden, der mit zwei Nähten geschlossen wurde, worauf man nach Mikulicz tamponierte. Bei dem nach einigen Tagen vorgenommenen Verbandwechsel zeigte sich eine kleine Fistel zwischen Bauchwand und Darm. 8 Tage nach der Operation entdeckte man unter dem Verband eine 11 cm lange Askaride, der in den nächsten 20 Tagen noch vier weitere folgten, die alle ihren Weg durch die Fistel genommen hatten. Eine Askaride war auch mit dem Stuhl abgegangen. Unter Santoningaben entleerte der Knabe durch die Fistel noch drei Würmer, mit dem Stuhle noch fünf. Darauf kein weiterer Abgang. Die Fistel war bis auf eine stecknadelkopfgroße Öffnung vernarbt, als der Knabe das Krankenhaus verließ.

H. Netter.

Siebenmann, Ein musikalisches Kinderspielzeug als Fremdkörper in der Speiseröhre. (Korrespondenzbl. f. Schweizer Ärzte. 1906. Nr. 23.) Es handelt sich um Blechpfeifen von Linsenform, welche hohl und im Zentrum durchbohrt sind, einen Durchmesser von 24 mm und eine Dicke von 6 mm besitzen. Zwei Kinder verschluckten dieses Spielzeug. Ein 6jähriges Kind brachte es nach einer Kartoffelkur per anum wieder heraus, bei einem 5jährigen blieb es zwischen der ersten und zweiten physiologischen Verengerung der Speiseröhre stecken. S. schildert diesen Fall wie folgt:

„Da auffälligerweise das Kind anfänglich wenigstens flüssige und breiige Nahrung anstandslos schlucken konnte, glaubten die Angehörigen und der Hausarzt, daß der Fremdkörper den Ösophagus passiert habe und daß kaum eine

weitere Gefahr vorliege. Gegen Ende der ersten Woche fing das Kind aber an über Schmerzen beim Schlucken zu klagen und andere als flüssige Nahrung zu verweigern. Dem hiesigen Kinderspital zugewiesen zu einer Röntgenuntersuchung, zeigte der Patient die überraschende Erscheinung, daß eine dünnere Sonde den Ösophagus anstandslos bis in den Magen passierte, daß aber das Röntgenbild, von dem ich damals eine Kopie herumreichte, in der Gegend des Manubrium sterni — also zwischen Ringknorpel- und Bronchushöhe — einen abnormen großen runden Schatten mit hellem Zentrum aufwies. Ohne Verzug sandte nun Prof. Hagenbach uns das Kind zu und zugleich übermittelte Dr. Hosch, welcher den Patienten begleitete, uns auch die Röntgenplatte. In Übereinstimmung mit dem Aussehen derselben stieß eine Olivensonde von 10—12 mm Durchmesser in einer Tiefe von 16 cm auf einen festen harten Widerstand. Eine in Narkose vorgenommene Röhrenuntersuchung stellte fest, daß der linsenförmige Fremdkörper in granulierendes Gewebe eingebettet war und seine Breitseiten ziemlich direkt nach vorn bzw. nach hinten richtete. Ein Extraktionsversuch mit dem Münzenfänger mißlang, da die obere scharfe Kante der Pfeife beim Anziehen in die Mucosa der dem Münzenfänger gegenüberliegenden Ösophaguswand derart hineingehebelt und hineingepreßt wurde, daß letztere wulstig vortrat und ein Hinaufrücken des Fremdkörpers absolut verhinderte. Bei einem weitern Anziehen hätte man riskieren müssen, die Schleimhaut hier quer durchzureißen. Wir stießen also den Münzenfänger zurück, drehten ihn um etwa 45 Grade und konnten ihn glücklich auf diese Weise am Fremdkörper vorbei leer wieder herausziehen. Die nachfolgende Zangenextraktion unter Leitung des starren Schlundrohres und des Spiegels gelang anstandslos. Immerhin trat sofort etwas Blutung und eine schmerzhafte emphysematöse Schwellung der vorderen Halsgegend auf, welche sicher der Anwendung des Münzenfängers auf Rechnung gesetzt werden muß. Schon am nämlichen Abend trat Fieber ein; am nächsten Tage blieb die Temperatur auf 38,5—39,5 stehen und fiel am 3. Tage bleibend unter 37°, das Emphysem aber war schon am 2. Tage spurlos verschwunden. Nach der Operation und an den folgenden Tagen war nur Milch mit Bismutwasser verabfolgt worden; erst acht Tage nach der Extraktion genoß das Kind wieder Brei, eingeweichtes Brot usw. und wurde am 9. Tage geheilt nach Hause entlassen.

Auch dieser Fall lehrt, daß der Münzenfänger auch für die Extraktion von münzenförmigen Fremdkörpern ein gefährliches Instrument ist und wo immer möglich ersetzt werden soll durch Zangen und stumpfe Haken, welche durch das Rosenheimsche starre Ösophagoskop bei Spiegelbeleuchtung einzuführen sind. Grätzer.

Kan, Fremdkörper (eine geöffnete Sicherheitsnadel) im Schluckdarm von einem Kinde von 11 Monaten. (Ned. Tydschrift von Geneeskunde. 1906. Bd. II. S. 307.) Durch Laryngoskopie wurde konstatiert, daß der obere Teil des Verschlusses einer Sicherheitsnadel sich hinter dem Larynx befand. Die Radiographie ergab, daß die Nadel geöffnet war, und die Lage der Spitze. Die Extraktion gelang mit der Zange von Jurasz. Graanboom.

Kan, Fremdkörper im rechten Bronchus, entfernt mit Hilfe des Bronchoskopes. (Ned. Tydschr. v. Geneesk. 1906. Bd. I. S. 318.) In der Sitzung des Vereins von Niederl. Halsärzten berichtete K. über folgenden Fall. Ein Mädchen von 2 Jahren hat vor 2 Tagen eine Bohne aspiriert. Allmählich entsteht Beklemmung auf der Brust; Atmung frei in sitzender Haltung. Beim Liegen und bei nach hinten gebeugtem Kopfe entsteht heftige Asphyxie. An der rechten Lunge deutliche perkutorische und auskultatorische Abweichungen. Tracheotomie. Ein Bronchoskop von 15 cm Länge und 9.5 cm Durchmesser wird durch die Tracheotomiewunde eingebracht. Es zeigt sich dann, daß die Bohne den Eintritt zum rechten Bron-

chus vollständig verstopft. Nach einmaligem Mißlingen glückte es, vermittelst eines scharfen Hakens, die Bohne zu fixieren und zugleich mit dem Bronchoskop zu extrahieren. Vollständige Heilung.

Graanboom.

Kan, Ein Kieselsteinchen im Bronchus des linken Oberlappens. (Ibid. S. 612.) Bei einem Kinde von 3 Jahren, das den vorigen Tag ein Kieselsteinchen verschluckte, traten an den folgenden und den nächstfolgenden Tagen Anfälle von Dyspnoe so heftig auf, daß ein Ersticken befürchtet wurde, welche jedoch spontan wieder vorübergingen.

Im linken Oberlappen fehlte das Atmungsgeräusch. Röntgenphoto ohne Erfolg.

Nach Tracheotomie wurde die Bronchoscopia inferior ausgeführt. Durch die Tracheotomiewunde wurde nun sondiert und so wurde das Steinchen im linken Hauptbronchus gefühlt. Das Einführen des dünnsten Bronchoskops von Killian gelang, weil die Trachea in casu abnorm eng war, nur bis an die Bifurkation der Trachea. Es wurde nun ein Nasenspeculum von Hartmann in den Trachealkanal eingeführt, und erst jetzt gelang es, den Hauptbronchus zu übersehen und konnte die Lage des Steinchens festgestellt werden. Die Extraktion gelang nun mit einer dünnen stumpfen Sonde, welche an ihrem Ende geradwinklig umgebogen war. Die Maße des Steinchens waren 10, 7,5 und 5 mm.

Graanboom.

Viktor Lieblein, Lungenatelektase im Röntgenbild. (Beitr. z. klin. Chir. 52.) Es werden drei Fälle von aspiriertem Fremdkörper (Bohne) bei Kindern von 3, $3^1/_2$ und 4 Jahren mitgeteilt, die alle einige Stunden nach der Aspiration in der Prager Klinik zur Operation kamen. Bei allen ergab das Röntgenbild entsprechend dem verlegten Lungenbezirk (1 mal Unterlappen, 2 mal ein ganzer Lungenflügel) einen tiefen Schatten als Ausdruck der Atelektase. Es wurde immer die Tracheotomia inf. gemacht und durch diese mittels Kornzange der Fremdkörper aus dem Bronchus entfernt; darauf wurde eine Trachealkanüle eingeführt. Das eine Kind ging bald an Mediastinalemphysem zugrunde, die beiden anderen waren in kurzer Zeit geheilt. Das nach einigen Tagen aufgenommene Röntgenbild des Thorax ergab wieder normale Verhältnisse.

Ewald (Heidelberg).

H. Ziablow, Ein Fall von Verschlucken eines Nagels. (Beilage der St. Petersb. medizin. Wochenschr. 1906. Nr. 25.) Das 4jährige Kind verschluckte einen Hufnagel, der 4 Tage später per vias naturales abging, ohne daß das Kind die ganze Zeit über Beschwerden oder größere Schmerzen geklagt hätte. Länge des Nagels 5,5 cm, Kopf 1 cm im Durchmesser.

H. Netter (Pforzheim).

Lafitte-Dupont und **Rocher,** Obere Bronchoskopieextraktion eines Pflaumenkerns aus dem rechten Bronchus. (Gaz. hebdom. de Bordeaux. 1906. 12. Nov.) Erfolgreiche Entfernung des Fremdkörpers am 33. Tag bei einem 9jährigen Kinde nach der Kilianschen Methode, nachdem in diesem Fall die Radioskopie versagt hatte. Der ganze Eingriff nahm nicht mehr als 2 Minuten in Anspruch.

H. Netter (Pforzheim).

Grosglick (Warschau), Ein Fall von Zertrümmerung eines Fremdkörpers in der Blase. (Monatsber. f. Urologie. Bd. XI. Heft 10.) G. zertrümmerte das abgebrochene Endstück eines Nelatonkatheters mit dem Lithotriptor. Er zieht die Lithotripsie der Cystotomie bei Entfernung von Steinen und Fremdkörpern der Blase wegen der Einfachheit und Sicherheit vor. Er hebt besonders den sehr kurzen postoperativen Verlauf hervor und das Fehlen von Komplikationen, Fisteln, gestörter Wundheilung usw., wie sie oft bei der Cystotomie auftreten. James O. Wentzel (Zittau).

W. Zangemeister, Über Malakoplakie der Harnblase. (Aus der Universitäts-Frauenklinik Königsberg.) (Centralbl. f. Krankh. d. Harn- und Sexualorgane. Bd. XVII. Heft 9.) Seit 8 Wochen vermehrter Harndrang. Die Miktionen erfolgen alle 2—4 Stunden, nachts einmal. Beim Urinieren stechende Schmerzen. Urin stark diffus und flockig getrübt, von saurer Reaktion; enthält massenhaft Leukozyten, wenig Blasenepithelien, Streptokokken und Bacterium coli. Die Blase faßt 200 ccm. Cystoskopisch findet man zahlreiche, breiten Kondylomen vergleichbare, etwas erhabene gelbliche Herde, die teils isoliert liegen, teils zu größeren Plaques konfluieren. Die Oberfläche dieser Stellen ist matt uneben, etwas zerfetzt, mit Schleim belegt und von kleinen Hämorrhagien mit zellenartiger zentraler Einsenkung bedeckt, von 5—10 mm Größe und ca. 1 m Höhe. Die Stellen sitzen am spärlichsten im Fundus und Vertex der Blase. Eisenhaltige Zelleinschlüsse (Michael und Guttmann) konnte Z. nicht nachweisen. Dagegen fand Z. im frischen, mit der Küvette entnommenen Sedimente einzelne größere Zellen, welche stark lichtbrechende, meist etwas polygonale Zelleinschlüsse enthielten, an welchen bei bestimmter Beleuchtung die doppelte Kontur auffiel. Sie ließen sich nach Fixation mit Ferrocyankalium und Salzsäure blau färben. Zum Teil waren die Einschlüsse sehr klein, von der Größe großer Granula, zum Teil erreichten sie die Größe eines Zellkernes. In mehreren derartigen, zumeist rundlichen Zellen waren zwei Kerne. Ein farbiges zystoskopisches Bild veranschaulicht dieses typische Bild. — Als Ursache dieser, schon bei einem 8jährigen Kinde beobachteten Erkrankung nimmt Z. einen chronischen zystischen Prozeß an. Blasenspülungen blieben ohne Erfolg. James O. Wentzel (Zittau).

L. Suarez (Buenos Aires), Zysten der Blasenschleimhaut. (Monatsberichte f. Urologie. Bd. XI. Heft 10.) S. beobachtete 2 Fälle von Hämaturie, bei denen die Cystoskopie eine Reihe von Emineszenzen ergab, teils erbsengroß, teils kleiner, mit wenig durchsichtigem Inhalt, die in ihrem Aussehen an Perlen erinnerten. Eins dieser Bläschen platzte gerade in dem Moment, als es speziell beobachtet wurde. Aus dem Innern entleerte sich eine trübe sanguinolente Flüssigkeit. Behandlung mit Argt. nitr. Spülungen und Instillationen waren in dem einen Falle von Nutzen, in dem anderen Falle blieb das cystoskopische Bild unverändert, aber Patient wurde subjektiv gesund. S. kommt auf Grund der klinischen Beobachtung und Weiterbeobachtung der entlassenen Patienten zu folgenden Schlüssen: 1. Zysten der Blasenschleimhaut stellen eine Erkrankung

von langsamem und gutartigem Verlaufe dar, und 2. man kann diese Zysten weder als entzündliche noch als neoplastische Prozesse betrachten. James O. Wentzel (Zittau).

Lorey, Über Dilatation des Blasenendes eines Ureters mit zystenartiger Vorwölbung in der Harnblase. (Centralbl. f. path. Anat. u. allgem. Path. 1906. Bd. XVII. Nr. 15.) L. teilt 3 Fälle dieser seltenen Abnormität mit, die symptomlos im Leben bestanden hatten und sich bei einem 61 jährigen Manne, einen 1 jährigem Kinde und einem 21 jährigem Mädchen gefunden hatten. In den beiden letzten Fällen fanden sich doppelte Ureteren auf der betreffenden Seite. Die Genese der Zysten, die sich von den stark dilatierten Ureteren ausfüllen ließen, ist unklar; entweder handelt es sich um Mißbildungen, wofür der Befund anderer Abnormitäten an denselben Individuen spricht, oder nur durch fötale bzw. postfötale Entzündungen entstandene Verlegungen der Ureter. Gemeinsam ist den Cysten, daß sie außen mit Harnblasen-, innen mit Ureterepithel ausgekleidet sind, wozwischen sich Bindegewebe und in einem Falle glatte Muskulatur fand. Bennecke (Jena).

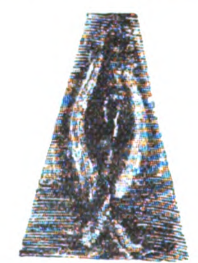
Giani, Neuer experimenteller Beitrag zur Entstehung der „Cystitis cystica". (Centralbl. f. allg. Path. u. path. Anat. Bd. XVII. Nr. 22.) In Fortsetzung früherer Befunde über das vorliegende Thema teilt G. die histologischen Beobachtungen mit, die er an Kaninchenharnblasen, die er durch Abschaben des Epithels beraubt hatte, machen konnte. Die Regeneration des Epithels geht danach von Epithelresten aus, die trotz sorgfältigen Arbeitens stehen geblieben waren. Wie in den chronisch gereizten Harnblasen bilden sich zunächst auch hier solide Epithelsprossen, die dann durch zentralen Zerfall zu Zysten werden; diese rücken im Laufe von 3 bis 4 Monaten langsam an die Oberfläche, öffnen sich durch weiteren, oberflächlichen Zerfall und verschwinden auf diese Weise spurlos, so daß nach dieser Zeit das Epithel keinerlei Veränderungen mehr erkennen läßt. In einem Falle von Prostatahypertrophie, der lange und oft katheterisiert wurde, fanden sich ganz ähnliche Bilder.
Bennecke (Jena).

P. Herescu (Bukarest), Über die traumatischen Strikturen der Urethra. (Spitalul. 1906. Nr. 10.) Eine häufige Entstehungsursache von Verletzungen der Harnröhre ist durch das Fallen in Reitsitz auf einen harten Gegenstand gegeben. Meist besteht unmittelbar hierauf Harnverhaltung, doch ist es ein großer Fehler, durch Sondierung derselben abhelfen zu wollen, da hierdurch die meist gerissene Urethra noch weiteren Verletzungen ausgesetzt wird. Höchstens versuche man eine filiforme Bougie durchzubringen, andererseits durch lauwarme Sitzbäder, Klysmen, Brom und sonstige kalmierende Medikation natürliche Harnentleerung zu bewirken. Sowie eine filiforme Bougie durchgegangen ist, soll der chirurgische Eingriff gemacht werden, da jede Urethralruptur zur Bildung von Strikturen Veranlassung gibt. Man schneidet die lädierten Teile aus und näht die gesunden Harnröhrenenden aneinander, worauf für etwa 2 Wochen

eine Verweilsonde eingelegt wird. H. gibt die Krankengeschichte eines 14jährigen Knaben, der durch Auffallen auf eine Zaunlatte sich in dieser Weise verletzt hatte und den er nach einigen Wochen, wegen der gebildeten Strikturen, mit gutem Erfolge auf diese Weise operiert hat. E. Toff (Braila).

Ernö Deutsch, Über die Zirkumzision. (Orvosi hetilap. 1906. Nr. 45, 46, 47.) Verf. stellt sich auf den Standpunkt Tillaux, der von der Zirkumzision folgende Meinung äußert: „Comme opération enfin quelquefois nécessaire, toujours utile.“ Er verdammt die Richtung einzelner Modernen, die gegen diesen rituellen Eingriff Front machen. Durch Weglassung der „Periah“ und „Metsitsa“, bei aseptischer Durchführung, nach Aufnahme einer pünktlichen Anamnese kann die Beschneidung nur nutzbringend sein. In 13 Kapiteln wird das große wissenschaftliche Material durch D. besprochen.

I. In diesem Abschnitt ist die Beschneidung bei den Hebräern abgehandelt. Von Abraham bis zu Jesus wird die Rolle der Zirkum-



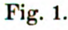


Fig. 1.



Fig. 2.



Fig. 3.

zision im Alten Testament besprochen. Interessant der Gegensatz zwischen den Aposteln Peter und Paul. Eingehend wird der „Epispasmus“ gewürdigt.

Im II. Kapitel wird die Beschneidung anderer orientalischer Völker kritisch beleuchtet. Im folgenden Abschnitte werden einzelne phantastische Gebräuche geschildert, unter den vielen sei nur der „Mika“ der Australier gedacht; bei diesen Völkern wird nicht nur das Präputium entfernt, sondern das Glied bis zum Skrotum gespalten.

Die vom ärztlichen Standpunkte durchgeführte Beschneidung wird im nächsten Kapitel besprochen (Josephus Flavius: „Centra Apicuem“ usw.).

Im Abschnitte V und VI wird die Beschneidung und die Infibulation der Mädchen und Frauen beschrieben. Die Zirkumzision der großen Schamlippen wurde wahrscheinlich ihrer Hypertrophie halber angewendet. Von der Infibulation bemerkt Cailliaud überaus richtig: „Inventèes par le despotisme du sexe le plus fort.“ Fig. 1 zeigt eine beschnittene skoptische Frau; Fig. 2 eine infibulierte Nubierin; Fig. 3 eine früher infibulierte und wieder aufgeschnittene Sudanesin.

Im VII. Kapitel wird die Tendenz des Eingriffes besprochen. Ob hygienisch, ob „signum politicum“ ist unentschieden. Die hygie-

nische und prophylaktische Wichtigkeit der Zircumzision bespricht Abschnitt VIII. Interessant ist, daß Rosenzweig und Caparède

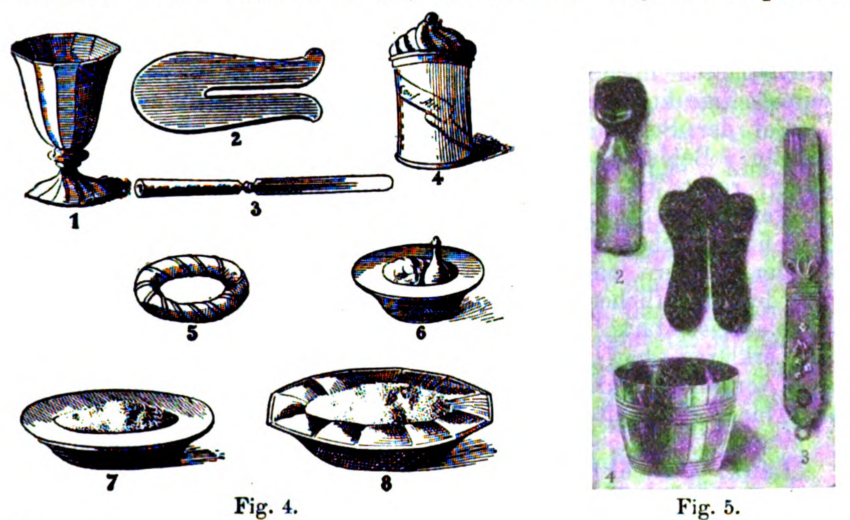


Fig. 4. Fig. 5.

für die zwangsweise Durchführung bei den Soldaten plädierten.

Die Indikationen und Kontraindikationen werden in den folgenden zwei Kapiteln kritisch beleuchtet. Phimose und Paraphimose werden im IX., die Hämophilie im X. Abschnitt besonders eingehend gewürdigt.

Die Technik der rituellen Beschneidung finden wir im XI. Kapitel; das Instrumentarium auf den Figg. 4, 5, 6; die scharfe Kritik kasuistisch beleuchtet im folgenden Abschnitte. „Periah" und „Metschitscha" sind barbarisch und zwecklos. Verf. beschreibt zwei im Hospital Prof. von Bokays beobachtete Fälle von tuberkulöser, von einem Mohel stammender Infektion. Im XIII. Kapitel wird die entsprechende Schulung der Beschneider gefordert.

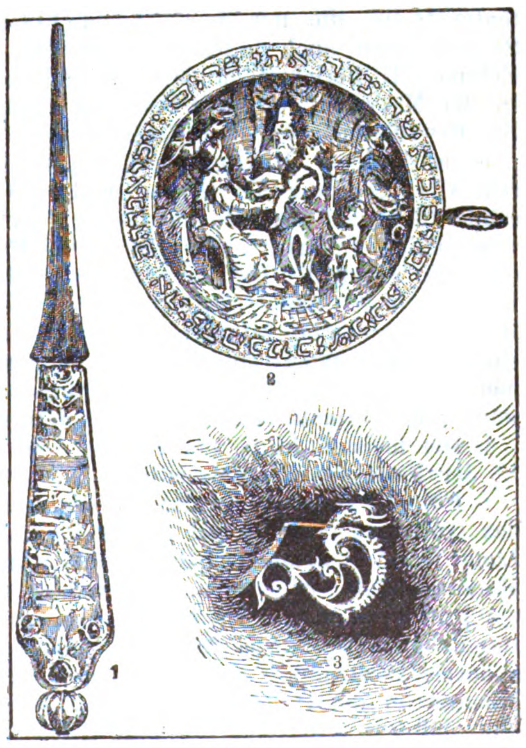


Fig. 6.

Autoreferat Deutsch (Budapest).

Arthur Weinstein, Über eine seltene Mißbildung am Urogenitalapparat. (Virchows Archiv. Bd. 185. Heft 3.) Ein 5jähriger Knabe erkrankte unter Erscheinungen, die zur Diagnose Bauchfelltuberkulose führten. Bei der Probelaparotomie, die wegen einiger Unsicherheiten in der Diagnose ausgeführt wurde, wurde diese in „doppelseitige kongenitale Zystennieren“ umgewandelt.

Bei der Sektion fand sich, daß es sich um eine Mißbildung handelte. Beide Nierenbecken und Ureteren sind stark zystisch erweitert; rechts ist ein doppelter Ureter vorhanden, deren einer als bindegewebiger Strang am oberen Nierenpole entspringt. In der Blase findet sich eine walnußgroße Zyste mit dünner Wand, die sich von der Urethra nach dem erwähnten rechtsseitigen Nebenureter, nicht den eigentlichen Ureteren aus füllen läßt. Die Muskulatur der Harnblase ist stark hypertrophisch. Die Zyste in der Blase ließ sich nicht erklären, hat aber mit dem Sinus prostaticus, der wohlausgebildet vorhanden war, nichts zu tun; jedenfalls ist die Zyste die Ursache für die Erweiterung der Ureteren und Nierenbecken.

Bennecke (Jena).

Lanz, Der ektopische Hoden. (Ned. Tydschrift v. Geneeskunde. 1906. Bd. I. S. 1097.) Die wahre Ectopia testis s. s. soll außerordentlich selten sein. Es sind in der Regel Fälle von Retentio testis, die mit dem Namen Ectopia testis angedeutet sind. So fand sich auch unter 63 operierten Fällen nur 1 Fall wahrer Ectopie. L. berichtet nun über seine Erfahrungen bei 63 Operierten. In der Mehrzahl der Fälle war der Processus vaginalis noch offen. Bei Erwachsenen war die Retention gewöhnlich begleitet von Atrophie des Hodens. Makroskopisch zeigte sich stets, daß die Epidermis relativ größer war als normal und daß sie nicht, wie die Helmraupe, flach auf dem Hoden gelagert war, doch daß sie stets 2 cm vom Hoden entfernt war. Es wurde 45 mal Orchidopexie, 15 mal Castratio gemacht. Die mikroskopische Untersuchung des kastrierten Hodens zeigte immer pathologisch-anatomische Veränderungen im Hoden: die Tunica albuginea ist stets verdickt, das interlobuläre Bindegewebe hypertrophisch, die Samenkanälchen haben in den meisten Fällen verdickte Basalmembran und kein Lumen; gut erwachsene Spermatozoen konnten niemals gefunden werden.

Die meisten Fälle von Ectopie waren interstitial und inguinal; $^3/_4$ der Fälle waren rechtsseitig.

Für die Kenntnisse der Ätiologie ist von Bedeutung, daß L. das Gubernaculum Hunteri immer normal entwickelt fand, und die Länge des Vas deferens und der Gefäße auch normal war. L. ist der Meinung, daß ein in seiner Entwickelung zurückgebliebener Hoden die primäre Ursache des Leidens ist, und daß als Folge davon der Impuls zum Descensus fehlt. Vielleicht kommt noch die genannte abnorme Beziehung zwischen Epiderm und Hoden als erschwerendes Moment für den Descensus dazu. L. hält es nicht für unwahrscheinlich, daß der retinierte Hoden in vielen Fällen doch noch spermatogenetische Funktion beibehalten hat. Nichtsdestoweniger ist er doch der Ansicht, daß der Testikel, welcher gegen die Pubertät noch nicht auf der normalen Stelle ist, nicht funktionsfähig sei.

Was die therapeutische Indikation anbetrifft, meint L., daß bei dem Alter vor 5 Jahren nicht operiert werden soll; von 5—15 Jahren ist die Orchidopexie, nach diesem Alter die Kastration indiziert. L. ist sehr gegen das Tragen eines Bruchbandes, auch eines Bandes mit gabelförmiger Pelotte.

Zum Schluß beschreibt L. über eine neue durch ihn angegebene Methode von Orchidopexie. Graanboom.

Schönholzer, Über Kryptorchismus. (Beiträge z. klin. Chir. Bd. 49.) Es werden die 42 Fälle besprochen, die in den letzten 20 Jahren in der Krönleinschen Klinik zur Beobachtung und meist wegen der begleitenden kongenitalen Hernie zur Operation kamen. Der Kryptorchismus ist meist einseitig und ist immer mit Atrophie des Hodens verbunden. Häufig wurde eine Torsion des Samenstranges beobachtet, während maligne Degeneration des retinierten Hodens nur einmal vorkam. Bei der Operation wurde 13 mal die Kastration vorgenommen, 3 mal die Orchidopexie (die aber schlechte Resultate gab), 17 mal wurde der Hode innerhalb der Bauchdecken in das peritoneale Gewebe verlagert. Vulpius-Ewald (Heidelberg).

R. de Gaulejac, La secretion interne du testicule dans l'ectopie de cet organe. (La presse médicale. 1906. Nr. 53. S. 423.) Die spermatische Insuffizienz, welche sich bis zur Aspermie steigern kann, ist ein klarer Beweis, daß durch die Dislokation schwere Veränderungen in der männlichen Geschlechtsdrüse Platz greifen. Kein Wunder also, daß auch die innere Sekretion dieser Drüse eine tiefe Störung erfahren kann, die sich dann auf den ganzen Organismus zurückerstreckt.

Der Verf. hat Gelegenheit gehabt, eine Anzahl von Soldaten mit Kryptorchismus zu untersuchen und gefunden, daß die meisten eine Anzahl von Merkmalen aufweisen, wie man sie bei Kastraten zu finden gewohnt ist, wie z. B. spärlicher Haarwuchs, übermäßige Fettentwicklung, lange Beine, wenig entwickelte Intelligenz, kleiner Penis usw.

Da die betreffenden Veränderungen hauptsächlich zur Zeit der Pubertät in Erscheinung treten, so wäre es von Wichtigkeit, in allen Fällen von Kryptorchismus das Herunterbringen und Fixieren des verlagerten Hodens am rechten Platze vor der Pubertät durchzuführen.

E. Toff (Braila).

Viellard et **Le Mée** (Paris), Oblitération congénitale de l'oesophage. (Revue mens. des malad. de l'enf. Décembre 1906.) Angeborene Obliterationen der Speiseröhre sind nicht allzu selten, gehören aber nicht zu den alltäglichen Vorkommnissen, so daß nicht immer die richtige Diagnose gestellt wird. Die Verff. hatten Gelegenheit, einen solchen Fall in der Abteilung von Guinon zu beobachten. Das betreffende, 3 tägige, gut entwickelte Kind bekam, so oft es zu säugen versuchte, einen Erstickungsanfall, und wurde das Genossene nach einigen Sekunden erbrochen. Durch die Sonde wurde eine totale Obliteration des Ösophagus festgestellt und die Gastrostomie vorgenommen. Nichtsdestoweniger starb das Kind am 2. Tage, obwohl durch die künstliche Magenöffnung zu wiederholten Malen Milch eingeflößt wurde. Die Sektion zeigte, daß die Speiseröhre in ihrem

oberen Teile nur bis etwa 3 cm unterhalb der Kehlkopföffnung reichte und dort ampullenförmig endete. Ein 3 mm langes und 2 mm breites bindegewebiges Ligament verband das untere Ende mit der Luftröhre. Das gastrale Ende der Speiseröhre mündete in die Trachea, etwas oberhalb der Teilungsstelle derselben.

Die erwähnte Anordnung ist für die angeborene Ösophagusobliteration charakteristisch und wird fast immer vorgefunden, so daß man bei Feststellung derselben bereits auf das Vorhandensein einer Verbindung der unteren Ösophagushälfte mit der Luftröhre schließen kann.

Die einzige Behandlung, welche zu versuchen wäre, ist die Vornahme einer Gastrostomie, doch ist in keinem einzigen der derart operierten Fälle eine Verlängerung des Lebens über wenige Tage erzielt worden. E. Toff (Braila).

J. Tuixans, Angeborener Nasenverschluß. (La Med. de los niños. Februar 1906.) In den seltenen Falle handelte es sich um ein 4 monatliches Kind, bei dem durch eine Verdickung des Scheidewandknorpels beide Naseneingänge vollständig verschlossen waren.
Kaufmann.

E. Monnier, Über einen Fall von sogenannter Medianspalte. (Beiträge z. klin. Chir. Bd. 49. Jubiläumsband f. Krönlein.) Das 2 tägige Kind blieb 5 Wochen lang am Leben und hatte alle für die Medianspalte charakteristischen Nebenerscheinungen: neben dem Fehlen des Filtrums und des Zwischenkiefers Defekt des Vomers, Anomalien der Siebbeinplatten, Fehlen des Tractus und Nervus olfactorius, Verwachsensein der Stirnlappen und weitere Veränderungen des Gehirns. Als Ursache wird Druck der Amnionkappe auf den primitiven Schädel angenommen. Vulpius-Ewald (Heidelberg).

A. Sippel (Frankfurt a. M.), Eine Serie mißbildeter Knaben von einem Elternpaar. (Centralblatt f. Gynäkologie. 1906. Nr. 15.)

Gesunder kräftiger Mann erzeugte in erster Ehe 5 Knaben und 7 Mädchen, sämtlich wohlgebildet und gesund. Nach dem Tode der Frau verheiratete sich der Mann mit deren Schwester, einer ebenfalls gesunden Frau. In dieser zweiten Ehe wurden erzeugt zunächst 1 Mädchen, dann 4 Knaben und zum Schluß noch 2 Mädchen. Die Mädchen alle wohlgebildet und gesund, die Knaben sämtlich mit Anomalien behaftet. Der erste hatte eine Spina bifida, an der er zugrunde ging, der zweite hatte eine persistierende Thymus und erstickte bald nach der Geburt, der dritte kam schon tot zur Welt, der vierte wurde mit Myxödem geboren und wurde idiotisch.

Also der Mann erzeugte mit einer Frau gesunde Knaben und Mädchen, mit der zweiten gesunde Mädchen, aber nur abnorme Knaben. Es muß hier eine mütterliche Einwirkung vorliegen, die aber ausschließlich und regelmäßig bei denjenigen Ovulis zustande kam, aus denen sich Knaben entwickelten. Man kann da ja einen Zufall nicht ganz ausschließen, eher aber muß man annehmen, daß hier etwas Gesetzmäßiges im Spiele ist, dem man vielleicht später auf den Grund kommen wird. Grätzer.

Ernst Schwalbe, Über einen durch Operation gewonnenen Epigastrius parasiticus nebst Bemerkungen über die Bedeutung derartiger Mißbildungen für die Entwicklungs-

mechanik und allgemeine Biologie. (Centralbl. f. allgem. Path. u. path. Anat. Bd. 17. Nr. 6.) Bei einem 11 Wochen alten Kinde fand sich der in der Überschrift angegebene Parasit, an dem Teile der oberen Extremitäten, des Rumpfes und relativ gut entwickelte Unterextremitäten vorhanden waren. Im Röntgenbilde konnten namentlich gut entwickelte Beckenknochen und Knochen der unteren Extremität nachgewiesen werden. Der Parasit saß zwischen Proc. xiphoideus und Nabel und wurde operativ entfernt, weil sich an ihm eine eitrige Entzündung entwickelt hatte, die das Wohlbefinden des Wirtes stark schädigte. Tod kurz nach der Operation. Es fand sich, daß die Extremitätenmuskulatur nicht vorhanden war, daß die Bauchhöhlen weit miteinander kommunizierten, ohne jedoch in organischem Zusammenhange zu stehen. Der einzige organische Zusammenhang bestand darin, daß der Wirt Hautnerven an den Parasiten abgab. — Am Schlusse bespricht S. die Frage der Selbstdifferenzierung der Organe, wozu das Fehlen der Muskulatur der unteren Extremitäten Anlaß gab.

Bennecke (Jena).

Dietrich, Demonstration einer Mißbildung (Paracephalus amelus macrocardius heteromorphus). (Verh. d. deutsch. path. Ges. in Meran 1905.) Die 17 : 11 : 10 cm messende Mißbildung wurde $^1/_2$ Stunde nach einem normal entwickelten Kinde geboren. Sie stellte sich als ein nierenförmiger Körper dar, der eine Andeutung von Gesicht, eine Analanlage und Nabel erkennen ließ. An Organen fand sich ein auffallend gut entwickeltes Herz und arterielles Gefäßsystem, während ein Nervensystem fehlte; ferner eine Niere und eine Anzahl Darmschlingen, sowie Rudimente von Gehirn. Die Entstehung wird durch eine Verbildung innerer Organe, besonders der Leber, Milz und des Darmes erklärt, wodurch es zu Zirkulationshindernissen kommt.

Bennecke (Jena).

Dervaux, Spina bifida ouvert, opéré le troisième jour après la rupture, chez une petite fille de dix jours. (Archives de méd. des enfant. Octobre 1906.) Die Operationen von Spina bifida mit glücklichem Ausgange sind nicht allzu zahlreich, so daß der Fall des Verf.s einiges Interesse verdient. Es handelte sich um ein wenige Tage altes Mädchen, welches einen etwa apfelgroßen Tumor der Lendengegend darbot. Ein 7 cm dicker Stiel verband denselben mit dem Körper, und wurde unterhalb ein Substanzverlust des knöchernen Wirbelkanales, in welchen man die Spitze des Zeigefingers hineinlegen konnte, gefühlt. Der Tumor war an einer stecknadelkopfgroßen Stelle geplatzt, und es floß durch diese Öffnung in reichlicher Menge eine kristallklare Flüssigkeit, die Analöffnung war inkontinent. Durch die vorgenommene Operation wurde der nur meningeale Flüssigkeit enthaltende Sack ausgeschnitten, die Öffnung vernäht und die Heilung in etwa 15 Tagen erzielt, wobei ein Punkt, welcher durch Kotmassen verunreinigt worden war, etwas eiterte. Nachträglich besserte sich auch die Stuhlinkontinenz und war nach 4 Wochen vollkommen verschwunden.

E. Toff (Braila).

P. Ewald, Zur Ätiologie und Therapie der Klumphand. (Aus Vulpius' orthop.-chirurg. Klinik in Heidelberg.) (Medizin. Klinik.

1906. Nr. 13.) E. teilt einen interessanten Fall mit. Ein 5 Monate altes, kräftiges Kind erschien abgesehen von den Anomalien an den oberen Extremitäten, durchaus wohlgebildet. Die Haltung der letzteren war rechts und links folgende: Oberarme sehr stark nach innen rotiert und über einen rechten Winkel hinaus vom Rumpf abduziert. Die Ellenbogen sind fast rechtwinklig gebeugt, die Unterarme stark proniert, die Hände in hohem Grade volar und ulnar flektiert. Die Entstehung der Kontrakturen konnte direkt aus dieser Haltung abgelesen werden. Das Kind muß im Mutterleibe lange Zeit — und zwar höchstwahrscheinlich gegen Ende der Schwangerschaft — so gelegen haben, daß beide Arme nach oben geschlagen waren, so daß die Oberarme dem Kopf anlagen, während die Hände, fest gegen die Beugeseite des Unterarms gedrängt, etwa in der Halsgegend ihren Platz gefunden haben mögen. Alle Momente sprechen für einen intrauterinen Druck: Eindrücke der Handwurzelknochen in die Volarseite des Unterarms, die Möglichkeit, die Hände mit Leichtigkeit so weit palmarwärts zu beugen, daß sie dem Vorderarm anliegen, eine tiefe und verlängerte Achselfalte und schließlich tiefe Hautfalten in der Handfläche, die ohne weiteres für eine ungenügende Entfaltung der Hand sprachen. Anhaltspunkte für eine neurogene Entstehung der Deformität fanden sich nicht, auch wurde keine primäre Verkürzung bestimmter Muskeln festgestellt. Die Kontraktur entstand eben so, daß durch die länger dauernde abnorme Haltung der Hände sekundär eine Retraktion der volaren Handbänder und der Muskeln und Sehnen stattgefunden hat, die nach der Geburt in der falschen Stellung festhielt; dasselbe gilt für die Oberarme. Das Knochengerüst der Unterarme und Hände war vollkommen normal. Es handelte sich um eine reine Kontraktur, deren Entstehung erst nach der völligen Ausbildung der Extremitäten, jedenfalls erst in den letzten Schwangerschaftsmonaten, begonnen hat.

Was die Therapie anbelangt, so genügte hier ein zweckmäßig konstruierter Lagerungsapparat. Eine Platte aus Eisenblech ist dem kindlichen Rücken angepaßt. Von den Seiten des oberen Thoraxteils gehen zwei muldenförmige Eisenblechstreifen (durch Stahlschienen verstärkt) zuerst zur Seite und etwas nach oben, biegen dann fast im rechten Winkel für den Ellenbogen um und machen eine zweite Knickung nach außen und oben für die Lagerung der Hand. Die ganze Schiene ist mit Filz gepolstert und mit wasserdichtem Gummistoff übernäht. Die Arme des Kindes konnten also so bandagiert werden, daß die Arme im Schultergelenk nach außen rotiert, im Ellenbogengelenk rechtwinklig gebeugt, und die Hände im Handgelenk stark dorsal und radial extendiert gehalten wurden. Das Kind fühlte sich durchaus behaglich; die Arme wurden täglich 2 mal massiert, Hände und Finger passiv bewegt und, so gut es ging, auch zum aktiven Beugen und Strecken veranlaßt. Nach 4 Wochen wurden die beiden Armschienen im Oberarmteil entsprechend verkürzt und tiefer unten fixiert. So konnten mit dem oberen Band die Arme direkt an den Thorax anbandagiert und damit der Abduktionsneigung des Oberarms erfolgreich entgegengewirkt werden. Den Unterarmen und Händen blieb ihre überkorrigierte Stellung in der Schiene bewahrt.

Nach 6 wöchiger Behandlungsdauer konnte das Kind, nahezu geheilt, entlassen werden.

Die Prognose war auch von vornherein günstig gestellt worden. Wenn auch auf den ersten Blick die Kontraktur recht hochgradig zu sein schien, so ließ doch der Umstand, daß ohne große Gewaltanwendung und ohne dem Kinde Schmerzen zu bereiten, eine normale Haltung der Hand passiv herbeigeführt werden konnte, das Beste erhoffen. Dazu kam noch die große Jugend der Patientin, die den Knochen, Bändern und Muskeln noch nicht gestattet hatte, sich so zu ändern bzw. zu retrahieren, daß eine fixierte anormale Stellung zustande kam. Grätzer.

M. Haudek, Über angeborene Klumphand ohne Defektbildung. (Wiener med. Wochenschrift. 1907. Nr. 1.) H. hatte Gelegenheit, bei einem 2 1/2 jährigen Kinde eine angeborene Klumphand ohne Defektbildung zu beobachten, einen Fall, der mit Rücksicht auf eine Anzahl von Symptomen einen Schluß in ätiologischer Beziehung ermöglicht. Gewisse nervöse Symptome, Hydrocephalus, Augenerscheinungen, ein eigentümliches Offenhalten des Mundes deuteten auf eine gemeinsame zentrale Ursache hin. Die Deformitätsentstehung ließ sich in der Weise erklären, daß infolge einer fötalen zentralen Erkrankung oder eines zentralen Bildungsfehlers die Widerstandskraft des Fötus gegenüber dem auf sie einwirkenden Druck herabgesetzt wurde. Dieser war aber hier infolge Fruchtwassermangels ein abnorm starker. Obwohl sich nun an den Extremitäten keine gröbere nervöse Läsion nachweisen ließ, kann man vielleicht doch eine durch die zentrale Läsion verursachte Verminderung der normalen Beweglichkeit der Extremitäten als wahrscheinlich annehmen; infolge dieser waren die distalen Extremitäten dem hier abnormen Druck in besonderer Weise ausgesetzt. Die exponierte Lage der Füße erklärt die Entstehung der hochgradigen Fußdeformität. Man kann also hier die Deformität als eine auf neurogener Basis beruhende Belastungsdeformität auffassen. Grätzer.

L. Fiedler, Zur Therapie der großen Nabelschnurbrüche. (Aus dem Landkrankenhaus in Fulda.) (Deutsche med. Wochenschrift. 1907. Nr. 3.) Es handelte sich um ein 4 Tage altes Kind mit großer angeborener Hernia funiculi umbilicalis, welche am 23. April operiert wurde.

„Schnittführung zirkulär im Verlauf des Nabelringes. Als Bruchinhalt fanden sich die ganze Leber, sowie einige Dünndarmschlingen. Die innere Membran der Hülle war mit der Leberoberfläche ziemlich fest verwachsen. Es gelang bei geringen parenchymatösen Blutungen, die nach Kompression standen, die Leber zu lösen und sie mitsamt den Dünndarmschlingen, die keine bedenklichen Einschnürungen zeigten, nach starkem Auseinanderziehen der Bruchpforte in die Bauchhöhle zurückzuverlagern. Die Bruchpforte wurde bei der Kleinheit der Verhältnisse und wegen des elenden Befindens des Kindes mit durchgreifenden Seidenknopfnähten geschlossen, nachdem der ganze Bruchsack abgetragen war. Darüber wurden einige Heftpflasterstreifen gelegt. Narkose wurde bei der Schwäche der kleinen Patientin nicht angewandt, diese verfiel noch während der Operation in einen längeren Schlaf.

Der Heilungsverlauf war günstig. Das Kind gedieh sichtlich an der Mutterbrust. Am 29. April, also 6 Tage nach der Operation, hatte man eine Gewichtszunahme von 1,5 kg zu verzeichnen. Der über den Heftpflasterstreifen

liegende Schutzverband wurde täglich gewechselt, während die Streifen erst nach 8 Tagen durch neue ersetzt wurden. Am 12. Tage nach der Operation wurden die Nähte entfernt, die Wundflächen waren gut miteinander verklebt.

Am 9. Mai, also nach $2^1/_2$ Wochen, wurde das Kind bei einem Gewicht von 4,25 kg entlassen. Bei der Nachuntersuchung nach weiteren 5 Wochen zeigte das Kind ein gesundes Aussehen bei gutem Ernährungszustand, der Leib war weich, die Narbe fest.“ Grätzer.

Magnus-Alsleben, Zur Kenntnis der sogenannten abnormen Sehnenfäden im Herzen. (Centralbl. f. allgem. Path. u. path. Anat. Bd. XVII. Nr. 22.) M.-A. untersuchte in 10 beliebigen Herzen die so wichtigen Tawaraschen Sehnenfäden auf ihren Gehalt an Muskelfasern. In Bestätigung der Tawaraschen Befunde konnte er dieselben in verschiedener Ausbildung in allen Fällen nachweisen. M.-A. macht auf die unzweckmäßige Bezeichnung „abnormer Sehnenfaden“ aufmerksam. Bennecke (Jena).

L. Michaud, Beitrag zur Kenntnis der kongenitalen idiopathischen Herzhypertrophie. (Aus dem patholog. Institut Bern.) (Korrespondenzblatt f. Schweizer Ärzte. 1906. Nr. 24.) Dem Institut wurden die bei der Sektion gewonnenen Organe eines 3jährigen Kindes zugesandt, das nur 2 Tage krank gewesen sein und an Aszites und starker Dyspnoe gelitten haben sollte. Die Anamnese ergab nichts Wesentliches.

Das Herz zeigte sich hochgradig hypertrophiert und dilatiert; es entsprach demjenigen eines 11—13jährigen Kindes. Lungen normal. In einem Bronchus Zeichen einer frischen Bronchitis. In der Niere eigentümlicher Befund: neben vollkommen entwickelten Teilen Glomeruli mit fötalem Habitus in ziemlich großer Anzahl.

Kein Klappenfehler, keine Arteriosklerose, keine Verengerung der Strombahn, keine Lungenveränderungen. Thyreoidea nicht vergrößert, Thymus von normaler Form, kein Status lymphaticus, weder Anämie noch Rachitis. Infektionskrankheiten nicht vorausgegangen. Auch sonstige bei idiopathischen Herzhypertrophien vorkommende funktionelle Ursachen fehlten hier, der Fall blieb zunächst unklar. Zwar käme die teilweise Hypoplasie der Niere noch in Betracht. M. hat aber mehrere kindliche Nieren verschiedenen Alters, die ohne Auswahl bei den Sektionen gewonnen wurden, untersucht und gefunden, daß häufiger, als bisher bekannt, neben den normalen Glomeruli unentwickelte fötale Glomeruli weiterbestehen, ähnlich wie im obigen Falle, jedoch allerdings in geringerer Anzahl, und daß ferner dies keinen Einfluß auf das Herz hat, indem dessen Gewicht in den betreffenden Fällen nicht erhöht war.

Nun hat Hedinger auf einen eventuellen Zusammenhang zwischen dem chromaffinen System und der kongenitalen Herzhypertrophie hingewiesen, und zwar in dem Sinne, daß es sich eventuell um eine Hypersekretion des chromaffinen Systems handeln könnte. Nach dieser Richtung konnte nun M. keine Untersuchung anstellen, da das Material von auswärts nicht mehr ganz frisch eingesandt worden war. Er möchte allerdings die Hedingersche Auffassung noch in der Weise modifizieren, daß eventuell auch eine Hypoplasie des chromaffinen Systems in Betracht gezogen werden muß. Bei einer mangel-

haften Entwicklung dieser Organe ist es theoretisch sehr wohl möglich, daß bei stärkeren Blutdruckschwankungen das Herz in einem gewissen Dilatationszustand fixiert wird, der dann durch eine sekundäre Hypertrophie kompensiert werden muß. M. glaubt, daß eine derartige Ätiologie, da alle anderen Momente auszuschließen waren, in seinem Falle vielleicht in Betracht kommt. Grätzer.

J. M. Bennion, Ein Fall von adhäsiver Mediastino-Perikarditis. (Brit. med. Journal. 1906. Bd. I. 10. Febr.) Das 13jährige Mädchen wurde wegen Schmerzen nach der Nahrungsaufnahme, Schwindel und Dyspnoe am 20. Juni 1905 in das Hospital aufgenommen, Eltern und 6 Geschwister gesund. In früher Kindheit Masern, sonst keine ernste Krankheit, vor allem keine rheumatische Affektion. 2 Monate vor der Aufnahme Klagen über leichte Ermüdbarkeit, dazu Husten und verlangsamte Respiration. Wegen dieser Klagen kam das Mädchen schon am 6. Mai in das Hospital. Die Haut war ein wenig bronziert, die Leber sehr groß; dabei leichte Anämie. Man konstatierte geringes Fieber, frequenten Puls, Abmagerung. In der linken Axilla hört man Reibegeräusche, hinten abgeschwächten Fremitus und bronchitische Geräusche. Herz annähernd normal. Leber sehr groß, Milz in geringem Maß hypertrophisch. Weder Albuminurie noch Ödeme. Dr. Gibson sprach sich für die Annahme einer Mediastino-Pericarditis aus. Puls während der Inspiration schwächer (Pulsus paradoxus). Am 25. August Aufnahme in das Hospital wegen schwerer Dyspnoe und Cyanose; Pupillen erweitert, Puls 120—130, Respiration 60—72, Hypothermie, Aszites und Anasarka. Albuminurie. Tod am 28. August. Autopsie: Rechtsseitige Pleuritis, keine Tuberkel. Symphysis pericardii mit Kalkablagerungen im Perikard. Myokard hypertrophisch, Klappenapparat intakt. Starker Aszites, enorme gelappte Muskatleber, Nieren und Milz hyperämisch. Es handelt sich demnach um einen Fall von kardialer Symphyse, die, ob rheumatischer oder tuberkulöser Natur, zu einer sekundären Leberzirrhose (Cirrhosis cardio-tuberculosa Hutinel oder Cirrhosis cardio-rheumatica) führt. H. Netter.

Gino Menabuoni, Ein Fall von Symphysis pericardii mit sekundärer Anämia splenica infantum. (Riv. di Clinica pediatr. Febr. 1906.) Die Beobachtung betrifft ein 19 Monate altes, normal geborenes, bei Allaitement mixte in einen Zustand der Überernährung geratenes Kind, an dem die Blässe und eine gewisse Hinfälligkeit zunächst auffielen. Seit einiger Zeit bestand abendliches Fieber, Husten, Dyspnoe, geräuschvolle Respiration, Urin dunkel. Weder Malaria noch Syphilis oder Tuberkulose in der Familie, der Vater dagegen Alkoholiker. Status: Sehr mageres, leicht rachitisches, bleiches Kind mit cyanotischen Extremitäten; Puls klein und frequent (148), Respirationen 70, Temperatur 37,7. Über den Fossae supra- und infraspinatae bronchopneumonische Herde, das Herz durch die emphysematösen Lungen verdeckt, Herzschlag schwach, Galoppgeräusch an der Basis, Abdomen groß, Leber hart, um drei Querfinger den Rippenbogen überragend, und eine die ganze linke Bauchseite ausfüllende Milz. Unter progressiver Verschlimmerung Tod am 8. Tag. Blutbefund: 1724000 rote, 6042 weiße (60,4 % Lymphozyten, 6 % poly-

nukleäre). Bakteriologischer Blutbefund: Streptokokken und Kolibazillen. Autopsie: Außer den schon genannten bronchopneumonischen Herden ein voluminöses Herz mit kompletter Symphysis. Zwischen den Perikardblättern befand sich eine Substanz von käsigem Aussehen. Die Herzhöhen dilatiert, Klappenapparat und Ostien intakt. Gewicht der Leber 450 g, auf dem Schnitt hart, der Milz 120 g, ebenfalls hart; die Nieren boten die Zeichen der akuten Nephritis. H. Netter.

Djewitzky, Über die Geschwülste der Herzklappen. (Virchows Archiv. Bd. 185. Heft 2.) D. teilt einen hierher gehörigen Fall mit, der ein zufälliger Sektionsbefund bei einem 38 jährigen Manne war. Das erbsengroße, warzige Gebilde saß auf einer Aortenklappe und ragte in den Ventrikel hinein. Mikroskopisch handelt es sich um ein Fibroma papillare, das von der sonst unveränderten subendothelialen Schicht der Klappe ausging. — Die Literatur ist nicht groß. Meist sind Myxome beschrieben. Differentialdiagnostisch kommen echte Geschwülste und alte endokarditische Veränderungen in Betracht. Bennecke (Jena).

K. Grassmann (München), Über seltene Verlaufsweisen von Klappenfehlern. (Münch. med. Wochenschrift. 1906. Nr. 45.) Die eine Beobachtung betraf ein 4 jähriges Kind, das gelegentlich eines Gelenkrheumatismus ein Vitium akquirierte. Der Verlauf stellte es außer Zweifel, daß es sich um eine rheumatische Endokarditis der Mitralklappen handelte; denn es entwickelte sich im Laufe von 2 Monaten neben dem bestehenden systolischen Geräusch als Ausdruck der Drucksteigerung im kleinen Kreislauf eine deutliche Verstärkung des zweiten Pulmonaltons, eine mäßige Hypertrophie des linken Herzens, eine Stauungsdilatation der rechten Herzhälfte. Das Kind erholte sich aber vollständig, die objektiven Erscheinungen verschwanden, man konnte von einer Heilung des Herzfehlers sprechen. Da bekam das Kind $^1/_2$ Jahr später nochmals Gelenkrheumatismus, die valvuläre Endokarditis rezidivierte unter Begleitung einer exsudativen Perikarditis, die tödlich endete. Grätzer.

A. G. Jesson, Nanisme et infantilisme cardiaque. (Thèse de Paris. 1906.) Die angeborenen oder in früher Kindheit erworbenen Fehler des Herzens, der Herzklappen oder der großen Gefäße haben einen entwicklungshemmenden Einfluß und können zur Bildung von Zwergwuchs führen. Letzterer kann aber auch auf Alkoholismus, Syphilis oder Tuberkulose der Eltern beruhen, doch ist der Einfluß des Herzens der wichtigste. Was die erworbenen Herzfehler anbetrifft, so ist dystrophischer Einfluß ein um so größerer je frühzeitiger sie auftreten. E. Toff (Braila).

Arth. Mayer und **R. Milchner,** Über die topographische Perkussion des kindlichen Herzens. (Aus d. kgl. poliklin. Institut f. innere Medizin in Berlin.) (Berl. klin. Wochenschrift. 1906. Nr. 40 u. 41.) Die Perkussion der absoluten Dämpfung leistet beim Kinde gar nichts. Um die Funktion und den anatomischen Zustand des kindlichen Herzens genau festzustellen, dazu gehört unbedingt Feststellung der absoluten Grenzen des Organs. Das ist ja bei

kleinen Kindern keine leichte Aufgabe, aber dieselbe läßt sich lösen mittels der Schwellenwertperkussion (Goldscheider) oder leisester Sagittalperkussion.

Grätzer.

R. Pollak, Über paravertebrale und parasternale Perkussionsbefunde bei Pneumonie. (Aus der Kinderspitalsabteilung der allgem. Poliklinik in Wien.) (Wiener klin. Wochenschrift. 1906. Nr. 40.) Hamburger hat über eigenartige Perkussionsphänomene berichtet, die bei exsudativer Pleuritis beobachtet werden. Einmal konnte er das konstante Vorkommen des von Rauchfuß beschriebenen paravertebralen Dämpfungsdreiecks auf der gesunden Seite bestätigen, weiter fand er ebenso konstant neben der Wirbelsäule auf der kranken Seite eine Zone, wo der Schall gegenüber den äußeren Thoraxpartien der kranken Seite deutlich aufgehellt erscheint (paravertebrale Aufhellungszone). Auf diese Weise kann man in jedem Falle von exsudativer Pleuritis auf der Rückseite des Thorax vier Zonen verschiedenen Perkussionsschalles nachweisen: Intensive Dämpfung über den lateralen Thoraxpartien der kranken Seite, geringere Dämpfung bzw. Aufhellung neben der Wirbelsäule, auf der gesunden Seite heller Schall über den äußeren Partien und paravertebral ein Dämpfungsbezirk, über dem jedoch der Schall noch immer heller ist als über der paravertebralen Aufhellungszone der kranken Seite. Nach Rauchfuß hängt das Phänomen der paravertebralen Dämpfung damit zusammen, daß die Brustwand der kranken Seite durch das Exsudat am Mitschwingen bei der Erschütterung der gesunden Seite gehindert wird. In ähnlicher Weise erklärt Hamburger die paravertebrale Aufhellungszone der kranken Seite durch das Mitschwingen der gesunden Seite. Das Symptom der paravertebralen Dämpfung bzw. Aufhellung findet sich, wie auch P. bestätigen kann, bei jedem freien oder nach vorne abgesackten pleuritischen Exsudat.

Es war nun von vornherein sehr wahrscheinlich, daß sich ähnliche Perkussionsbefunde auch bei ausgedehnten Lungeninfiltrationen, die bis gegen die Wirbelsäule reichen, erheben lassen. Es mußte zunächst der gedämpfte Schall über einem infiltrierten Bezirk neben der Wirbelsäule durch das Mitschwingen der anderen (gesunden) Seite eine Aufhellung erfahren. Die paravertebrale Dämpfung der gesunden Seite sei wiederum, nicht wie bei dem Exsudat durch Behinderung der Brustwand, sondern vielmehr dadurch wahrscheinlich gemacht, daß (durch die Infiltration) das Mitschwingen der Luft in der Lunge unmöglich gemacht wird.

P. hatte nun Gelegenheit, ein 6jähriges Mädchen mit einer kruppösen Pneumonie des linken Unterlappens zu beobachten. Der physikalische Befund (lautes Bronchialatmen, verstärkter Stimmfremitus, Bronchophonie) ließ eine Beteiligung der Pleura ausschließen; die Probepunktion war negativ. Die Perkussion ergab eine deutliche paravertebrale Aufhellung auf der linken und eine paravertebrale Dämpfung auf der rechten Seite. Bei sechs weiteren kruppösen Unterlappenpneumonien konnte P. denselben Befund erheben. Er konnte stets auch mit Leichtigkeit die Aufhellungszone von dem Dämpfungsbezirk

differenzieren. Es genügt auch offenbar, wie das bei halbwegs ausgedehntem Ergriffensein des Unterlappens immer der Fall ist, ein kaum über die Skapularlinie lateral reichender Dämpfungsbezirk, um eine deutliche paravertebrale Aufhellungszone nachzuweisen. Für das Zustandekommen der paravertebralen Dämpfung der gesunden Seite kommt die Größe der infiltrierten Partie noch weniger in Betracht; selbstverständliche Bedingung ist nur, daß sie sich in der Nähe der Wirbelsäule befindet.

Hamburger hat auch noch über Perkussionsphänomene berichtet, die bei freiem pleuritischen Exsudat sich regelmäßig an der Vorderseite des Thorax nachweisen lassen: eine parasternale Aufhellungszone auf der kranken und eine parasternale Dämpfungszone auf der gesunden Seite. Die Erklärung dieser Befunde ist die gleiche, wie oben.

P. konnte nun bei zwei Oberlappenpneumonien mit ziemlich intensiver und ausgebreiteter Dämpfung unterhalb der Clavicula die parasternalen Perkussionsphänomene in gleicher Weise konstatieren. Im zweiten Falle handelte es sich bei einem 10 monatigen Kinde um eine konfluierte Lobulärpneumonie des linken Operlappens, die eine recht kompakte Dämpfung (links vorne oben) verursachte. An dem Falle war noch bemerkenswert, daß er ganz unter dem Bilde einer kruppösen Pneumonie verlief (plötzliches hohes Fieber, dann weiter hohe Continua, fast vollkommenes Fehlen von bronchitischen Erscheinungen über den übrigen Lungenpartien ausgebreitete, mäßige Dämpfung). Die Obduktion ergab, daß die Infiltration durch Konfluenz lobulär-pneumonischer Herde entstanden war. Keinesfalls ist in den paravertebralen und parasternalen Perkussionsphänomenen ein differentialdiagnostisches Merkmal zwischen Pleuritis und Pneumonie zu erblicken.

Grätzer.

N. A. Kephallinós, Über das Westphalsche Phänomen bei kruppöser Pneumonie der Kinder. (Aus der Univers.-Kinderklinik in Graz.) (Münch. med. Wochenschrift. 1906. Nr. 30.) Schon 1902 hatte Pfaundler berichtet über das Verhalten des Patellarsehnenreflexes bei der Pneumonie der Kinder. Als besonders beachtenswert bezeichnete er das Auftreten des Westphalschen Phänomens im frühesten Stadium der Erkrankung, in dem die Diagnose sich höchstens auf gewisse Indizien, wie Schüttelfrost, hohe Continua, kupierte Atmung von diversem Typus, Azetonurie usw., nicht aber auf einen physikalischen Lungenbefund zu stützen vermag. Nach Ablauf der Erkrankung kehrte der Reflex in allen Fällen wieder, und zwar zumeist während oder bald nach der Krise. Pfaundler wies also darauf hin, daß das Westphalsche Zeichen, sofern es bei kruppöser Pneumonie der Kinder vorliegt, diagnostisch verwertbar sei, namentlich in jenen Fällen, in denen wegen zentralen Sitzes der Infiltration die physikalischen Erscheinungen verspätet auftreten, und in jenen, in welchen die zerebralen Erscheinungen an Meningitis denken lassen.

Die Pfaundlerschen Mitteilungen begegneten Zweifeln und Opposition. Deshalb hat K. jetzt die in der Grazer Klinik vom Juli 1902 bis März 1906 sicher als Pneumonia crouposa erkannten Fälle

(65 Kinder zwischen dem 4. und 15. Lebensjahre) genau untersucht. Die Patellarreflexe waren

nicht auslösbar	27 mal = 41,5 %
stark herabgesetzt	3 mal
rechts nicht ausführbar	2 mal
	32 mal = 49,2 %.

Also fast in 50 % der Fälle Störungen des Patellarsehnenreflexes! Sie fanden sich 8 mal öfter, als der Herpes. Jene Störungen zeigten sich öfters vor dem Auftreten jedes physikalischen Lungenbefundes. Dieser trat erst einige Tage später in die Erscheinung. 12 mal wurde das Wiederkehren des Patellarreflexes geprüft; 6 mal wurde dieses am Tage der Krise, 4 mal am folgenden, 2 mal am zweitfolgenden Tage konstatiert. Daraus geht wohl klar hervor, daß das Fehlen oder die Herabsetzung des Patellarsehnenreflexes ein die kruppöse Pneumonie der Kinder in ihren Anfangsstadien sehr häufig begleitendes Zeichen und im positiven Falle neben anderen Indizien in hohem Grade verwertbares diagnostisches Kriterium ist. Grätzer.

F. Rosenberger, Über Zuckerausscheidung im Urin bei kruppöser Pneumonie. (Aus dem Juliusspital in Würzburg.) (Deutsche med. Wochenschrift. 1906. Nr. 25.) R. fand diese Erscheinung bei 2 Fällen, einem 6 jährigen Kinde und einem 26 jährigen Dienstmädchen. Wie war die Zuckerausscheidung zu erklären? Da bei den Sektionen von Personen, die an akuten Infektionskrankheiten gestorben sind, so gut wie stets die sogenannte trübe Schwellung der Organe gefunden wird, steht R. nicht an, eine dementsprechende Schädigung des Pankreas als Ursache der Harnanomalie anzunehmen. Eine derartige Störung ist vielleicht die Ursache später auftretender Zuckerharnruhr unerklärlicher Herkunft, obwohl solche Fälle gewöhnlich zunächst günstig verlaufen. Auch die Deutung der infektiösen Zuckerausscheidung als einer renalen ist zulässig; in obigen beiden Fällen trat Albuminurie auf. Es läßt sich aber dagegen einwenden, daß das Eiweiß gar nicht einmal gleichzeitig mit den Kohlehydraten ausgeschieden wurde, vielmehr sich erst später als diese vorfand. Demgemäß ist sogar die Annahme statthaft, daß die Nieren erst durch den Zucker gereizt und so zur Albuminurie veranlaßt wurden. Noch käme die Leber in Betracht, da sie dem pneumonischen Geiste gegenüber sehr empfindlich ist, andererseits im Kohlehydrathaushalt des Körpers eine wichtige Rolle spielt.

Bemerkenswert war, daß in beiden Fällen die Harnmenge nicht vermehrt war. Maltosurie pflegt eher mit Verminderung, als Vermehrung der Urinausscheidung einherzugehen; bei dem Kinde hält R. es für höchstwahrscheinlich, daß im Urin Maltose vorhanden war.

Aus seinen Beobachtungen schließt R.:

„Im Verlauf akuter Infektionskrankheiten werden zuweilen im Urin Kohlehydrate teilweise noch nicht näher bestimmbarer Natur ohne äußerlich ersichtliche Ursache, meist nur während ganz kurzer Zeit und in geringer Menge, unabhängig von der Ernährung, der Körpertemperatur und ohne bis jetzt feststellbare Abhängigkeit von dem Krankheitsverlauf ausgeschieden. Weder Menge noch spezi-

fisches Gewicht oder Aussehen des betreffenden Urins verraten ihre Gegenwart, und ich vermute daher, daß sie deshalb häufig übersehen werden, zumal wenn die Urinportionen, von 24 Stunden gesammelt, untersucht werden, weil dann die Verdünnung leicht so groß wird, daß sie sich den gewöhnlichen Untersuchungsmethoden (Trommer, Nylander) bei ihrem oft sehr schwachen Reduktionsvermögen entziehen.

Die Prognose einer derartigen Glykosurie scheint nach dem bisherigen Stand unserer Kenntnisse für die Grundkrankheit nicht sonderlich schlecht zu sein, an sich hört die Zuckerausscheidung sehr bald von selbst auf, anscheinend ohne von dem weiteren Gang der Infektionskrankheit beeinflußt zu werden. Eine gewisse Neigung zur Ausscheidung von Glykuronsäure oder Zucker nach reichlicher Kohlehydratzufuhr kann zurückbleiben." Grätzer.

A. Bittorf, Zur Kasuistik der zerebralen Kinderpneumonie. (Aus der medizin. Univers.-Poliklinik zu Leipzig.) (Münch. med. Wochenschrift. 1906. Nr. 18.) B. teilt zwei Beobachtungen mit, wo bei Unterlappenpneumonien schwere meningitische Symptome bestanden, die in Heilung ausgingen.

Die Erklärung dieser Zustände begegnet gewissen Schwierigkeiten, denn ist auch wegen des mit der Krise eintretenden Aufhörens sämtlicher Symptome eine echte Pneumokokkenmeningitis auszuschließen, so ist andererseits auch wegen der starken Lokalsymptome eine einfache febrile oder toxische Gehirnreizung nicht sehr wahrscheinlich. Aufrecht ist für seine Fälle geneigt, ein lokales Hirnödem anzunehmen. B. möchte nicht mit aller Sicherheit eine eventuelle toxische seröse Meningitis oder analoge Zunahme der Ventrikelflüssigkeit ausschließen, zumal da Lenhartz Drucksteigerung bei Lumbalpunktionen in anscheinend ähnlichen Fällen sah. Von der echten eitrigen Pneumokokkenmeningitis unterscheiden sich diese Zustände wesentlich dadurch, daß sie mit Beginn der Pneumonie eintreten, während jene sich gewöhnlich erst im späteren Verlaufe, ja erst nach der Krise entwickelt.

Warum in einzelnen Fällen diese schweren zerebralen Symptome auftreten, dafür scheint sich in obigen Beobachtungen eine gute Erklärung zu finden. Beide Kinder waren rachitisch. Das erste hatte früher an Krämpfen gelitten, war immer „still und eigentümlich", hatte einen leichten Hydrocephalus. Das andere war von seiner Rachitis noch nicht ganz geheilt, es hatte rachitische Schädelerkrankungen und Stimmritzenkrampf, war außerdem Bettnässer. In diesen Fällen bestand wohl sicher im Gehirn und in seinen Häuten ein Locus minoris resistentiae. Grätzer.

Nestor Nastase, Zwei Fälle von Splenopneumonie bei Kindern. (Spitalul. 1906. Nr. 8.) Es handelte sich um einen 15jährigen und um einen 6jährigen Knaben, deren Krankheit in subakuter Weise verlief und fast alle physikalischen Erscheinungen einer exsudativen Pleuritis darbot, doch bestand heller Schall im Traubeschen Raume, das Münzenzeichen fehlte, und wiederholte Probepunktionen förderten keinerlei Exsudat zutage. Daraufhin wurde die Diagnose auf Splenopneumonie, die von Grancher im

Jahre 1883 beschriebene, eigentümliche kongestive Erkrankung der Lungen gestellt. In dem einen Falle schien die Krankheit auf tuberkulöser Grundlage zu beruhen, doch ergab sowohl die Serumreaktion, als auch die vorgenommenen Tuberkulineinspritzungen negative Resultate.

E. Toff (Braila).

III. Aus Vereinen und Versammlungen.

Gesellschaft für innere Medizin und Kinderheilkunde in Wien.

(Pädiatrische Sektion.)

Sitzung vom 6. Dezember 1906.

Schwoner demonstriert einen 10jährigen Knaben mit **kongenitalem Herzfehler.** Der klinische Befund sowie das Röntgenbild erlauben die Diagnose eines offenen Ductus Botalli. Patient ist dabei relativ leistungsfähig, was daraus hervorgeht, daß das Kind im 4. Stocke wohnt und täglich mehrmals die Treppen bewältigen muß. Freilich ist Patient für sein Alter schwächlich entwickelt, grazil, mager und auffallend blaß.

Foltanek zeigt ein 3 wöchentliches Kind mit **Spontangangrän des r. Fußes.** Bis zur Höhe der Malleolen erscheint der Fuß tiefschwarz. Kleine gangränöse Stellen finden sich auch ad nates. Vortr. führt die Gangrän auf Embolie der Gefäße zurück. Die Ätiologie der Embolie ist unklar, insbesondere fehlen Symptome der Lues.

Königstein demonstriert **mikroskopische Präparate von Epithelkörperchen** zweier Kinder. Das eine Kind, an typischer Tetanie erkrankt, starb 9 Monate alt. Die Epithelkörperchen waren relativ groß und blutreich. Weder makroskopisch noch mikropisch fanden sich Hämorrhagien.

Als Gegenstück hierzu dient der zweite Fall. Ein $1^1/_2$ Monate altes Kind, an **Darmkatarrh und Pneumonie** erkrankt, starb plötzlich unter allgemeinen Krämpfen. Keine Symptome einer Tetanie. Galvanische Untersuchung konnte nicht gemacht werden. Hier zeigten sich beide Epithelkörperchen gefüllt mit frischen Blutaustritten. Sie sahen makroskopisch so aus, wie die in der letzten Sitzung von Erdheim demonstrierten Epithelkörperchen.

Diese Befunde stimmen mit denen Thiemichs überein und sprechen gegen den ätiologischen Zusammenhang zwischen Epithelkörperchenblutungen mit Tetanie (Erdheim).

In der Diskussion betonte Escherich, daß auch er nicht glaube, daß bei **Tetanie** regelmäßig **Epithelkörperchenhämorrhagien** zu finden sind, im Gegenteil sei für die Tetanie nur eine vorübergehende Störung der Funktion anzunehmen. Blutungen und Degeneration der Epithelkörperchen können aber dadurch eine Disposition zur Tetanie schaffen, daß sie die Menge des funktionstüchtigen Gewebes verkleinern.

v. Reuß demonstriert ein $5^1/_2$jähriges Mädchen mit **chronischer rezidivierender Parotitis.** Seit dem 2. Lebensjahre schwellen namentlich im Winter beide Parotiden stark an, im Sommer ist die Schwellung der Parotis geringer ohne völlig zu schwinden. R. glaubt, daß es sich um chronisch entzündliche Veränderungen handeln dürfte.

Abels spricht über „**Mitigierte Morbillen und verlängerte Inkubationszeit**“. Bei zwei Mädchen (im Alter von 13 und 15 Jahren) sah der Vortr. am 17. Tage nach der Infektionsmöglichkeit eine sehr leichte Masernerkrankung. Beide Kinder hatten vielleicht dadurch eine größere Resistenz erworben, daß das eine Kind 1 Jahr vorher schwere Masern überstanden, das zweite Kind in innigem Kontakte mit an Masern erkrankten Geschwistern vor mehreren Jahren keine Masern durchmachte.

A. nimmt, da in der Literatur mehrmals 2 malige Masernerkrankungen bei Geschwistern bekannt sind, eine familiäre Disposition an.

Als Grenzfälle der stark abgeschwächten Masernerkrankung resistenter Individuen hätten Masern ohne Exanthem zu gelten, sowie Masern mit sehr langer Inkubationszeit.

Dafür gibt es in der allgemeinen Pathologie mehrfach Analoga, allerdings ist dabei vielfach die Verlängerung der Inkubationszeit durch Abschwächung des Virus und nicht durch Resistenzerhöhung des Organismus bedingt. Bei Scharlach ist häufig beobachtet, daß Fälle mit kurzer Inkubationszeit besonders schwer verlaufen.

Die **vaccinale** Frühreaktion (v. Pirquet) steht zu den vorgebrachten Befunden nur in scheinbarem Widerspruch, weil hier wahrscheinlich keine Vermehrung des Erregers eintritt.

Eisenschitz bestreitet die **familiäre Disposition** für 2 malige Erkrankungen. Mit der Diagnose Masern ohne Exanthem (febris morbillosa) solle man vorsichtig sein.

Hochsinger definiert als **Inkubationszeit** die Zeit vom Moment der Infektion bis zum Beginne der Prodrome und nicht bis zur Proruption des Exanthems. Durch Verlängerung der Prodome kann dann leicht der Ausbruch des Exanthems noch hinausgeschoben werden.

Pirquet bekämpft die Ansicht, daß **Verlängerung der Inkubationszeit** auf erworbene Resistenz zurückzuführen sei. Im Gegenteil reagiert der Resistentere früher (sofortige und beschleunigte Reaktion bei Wiedererkrankung). Verlängerte Inkubationszeit bei der Impfung hat eher seine Ursache in späterer Entwicklung „vergessener" Keime oder wird beobachtet bei Verwendung stark verdünnter Lymphe.

Escherich warnt vor voreiliger Diagnose **2 maliger Masernerkrankung.** Seitdem durch die Koplikschen Flecke die Masern besser charakterisiert sind, fallen viele vorher als Masern bezeichnete Erkrankungen als andersartige Exantheme weg. Man kann jetzt Rubeolen, vierte Krankheit, Erythema infectiosum usw. besser abtrennen. Familiäre Disposition ist nur in dem Sinne zu akzeptieren, als Schwere und Intensität der Masernerkrankung bei gleicher Infektionsquelle von der Disposition der Individuen abhängig ist.

Escherich anerkennt als **Inkubationszeit** ebenfalls nur die Zeit vom Momente der Infektion bis zum Eintritte der Prodrome. Diese Inkubationszeit ist für Masern im Gegensatze zu Diphtherie und Scharlach genau begrenzt und unabhängig von der Menge des Infektionsstoffes und Diposition. E. denkt daher bei Erkrankungen mit bestimmter Inkubationszeit wie Masern und Variola an keine latente Vermehrung der Infektionsstoffe, sondern an „Generationswechsel des Erregers", ähnlich wie bei Malaria. Eine bestimmte Phase der Entwicklung löse Krankheitssymptome aus.

Knöpfelmacher berichtet über Versuche mit Lymphe, die ergaben, daß durch Verdünnung mit Lymphe (1:1000) die **Inkubationszeit der vaccinalen Veränderungen** von 10 auf 17—19 Tage möglich sei. Herabsetzung der Zahl der restierenden Keime rufe also eine Verlängerung der Inkubationszeit hervor.

B. Schick (Wien).

---

74. Jahresversammlung der Brit. Medic. Association.

Abgehalten in Toronto (Kanada) vom 21.—25. August 1906.

(Nach der Münch. med. Wochenschrift.)

Abteilung für Kinderheilkunde.

W. Lovett (Boston) sprach über **Osteogenesis imperfecta.** Es handelt sich um eine angeborene Erkrankung, bei der multiple Frakturen (besonders der langen Röhrenknochen) im intrauterinen Leben und im Säuglingsalter vorkommen. Ein Kind zeigte bei der Geburt 113 Frakturen. Redner beschreibt die von ihm bei einer Sektion gefundenen Veränderungen des Knochensystems.

Ewart (London) sprach über Atonia abdominalis bei Rachitis. Er empfiehlt Massage, Elektrizität und das Tragen eines elastischen Gürtels.

Dann sprachen Ashby und Stuart Mc Donald (Edinburgh) über **die klinische und pathologische Seite der Pneumokokkeninfektion.**

Starr (Toronto) sprach über die Behandlung des **tuberkulösen Abszesses.** Ganz zu verwerfen ist die Inzision mit nachfolgender Drainage. Am besten ist bei kleinen Abszessen die Exstirpation des geschlossenen Sackes. Größere Abszesse werden breit gespalten, mit Jodoformgaze ausgerieben und dann völlig durch die Naht geschlossen.

Blackader (Montreal) eröffnete eine Diskussion über den **Rheumatismus der Kinder.** Gelenkschwellungen fehlen häufig, man findet Tonsillitis, Chorea, Pleuritis, Erythema exsudativum usw. Die Tonsillen sind häufig die Eingangspforte für das Virus. In der Diskussion wurde betont, daß man in Amerika viel seltener als in England die subkutanen Knötchen beim Rheumatismus findet; die amerikanischen Ärzte scheinen viel weniger Salizylpräparate anzuwenden als die englischen.

Logan Turner sprach über angeborenen **Stridor laryngealis.** Er glaubt, daß es sich um eine Koordinationsstörung und Spasmus der Atmungsmuskeln handelt, die zu einer Verstärkung des normalen infantilen Typus des Larynx führen, also zu einer erworbenen Deformität. Der krähende Ton kommt zustande durch die abnorme Näherung der aryepiglottischen Falten.

Ashby glaubt auch, daß es sich um eine Koordinationsstörung handelt.

Cantley befürwortet eine angeborene Deformität des Larynx und zeigt ein Präparat.

Jacobi glaubt, daß sehr verschiedene Ursachen zum Stridor führen können.

Kesley (New York) eröffnete eine Diskussion über die **Enterokolitis der Säuglinge.** Er rät vor allem zur Prophylaxe. Die Stadt muß eine eigene Milchwirtschaft einrichten und eine Anzahl von Frauen anstellen, die Hausbesuche machen und die Mütter über Kinderpflege und Ernährung belehren.

Morse sprach über die **Behandlung der Enterokolitis.** Er unterdrückt im Beginn der Behandlung alle Ernährung. Kinder vertragen dies gut für 24 bis 72 Stunden, wenn man ihnen nur reichlich Wasser per rectum oder subkutan zuführt. Später gibt er Molken und pasteurisierte Buttermilch.

La Fétra (New York) gibt im Beginn bei Kindern über 9 Monaten Glaubersalz, bei Säuglingen Kalomel und Rizinusöl; er wäscht den Magen und Darm aus und gibt später Opium.

Nachdem Shaw (Montreal) über die **Fettresorption bei Säuglingen** gesprochen hatte, berichtete Ralph Vincent über die **Walker Gordonschen Milchlaboratorien,** mit deren Hilfe ein Kind gerade so gut mit Kuhmilch als an der Mutterbrust aufgebracht werden könne.

Edmund Cantley (London) eröffnete eine Diskussion über die **angeborene Pylorusstenose.** Er unterscheidet zwischen funktionellem Spasmus des Pylorus, bei dem es zu heftigem Erbrechen ohne Magenerweiterung und Pylorustumor kommt, und zwischen der wahren hypertrophischen Stenose, von der er 16 Fälle sah. Fast alle traten während der ersten 3 Lebensmonate (meist im 1.) in die Erscheinung. Das erste Zeichen ist meist Appetitmangel, dann tritt heftiges stoßweises Erbrechen auf (manchmal werden zwei Mahlzeiten auf einmal erbrochen). Es besteht Übelkeit und Erbrechen, starke Abmagerung und subnormale Temperatur. Man sieht lebhafte Peristaltik des Magens, kann Erweiterung desselben nachweisen und einen Pylorustumor fühlen. Mikroskopisch findet man eine Hyperplasie der Ringmuskulatur. Es handelt sich um eine angeborene Mißbildung atavistischer Natur; der Pylorus ähnelt der Magenmühle der Krustazeen und Edentaten sowie dem Kropf der Vögel. Der Spasmus mag die Obstruktion vermehren, ist aber nicht die Ursache der Hypertrophie. Nur die rein spastischen Fälle werden durch interne Maßnahmen (Kokain, Opium, Magenspülung) gebessert, die hypertrophischen Fälle sind frühzeitig zu operieren. Am besten wirkt die Pyloroplastik, gleich nach der Operation wird rektal ernährt.

Harold Stiles (Edinburgh) hält es für unmöglich, zu entscheiden, ob der Pylorospasmus die Ursache oder die Folge der Hypertrophie ist. Er rät zur frühzeitigen Operation unter Äthernarkose. Von 29 Devulsionen nach Loreta wurden 15, von 37 Gastroenterostomien 16 geheilt. Ein Fall von Pylorektomie starb. Von 11 Fällen von Pyloroplastik wurden 5 geheilt. Bei zweifelhafter Diagnose soll man frühzeitig eine Probeinzision machen.

R. Hutchison (London) hat 8 typische Fälle unter rein interner Behandlung heilen gesehen, er verwirft die Operation, ähnlich urteilt Ashby.

Vincent bezweifelt, daß es sich bei den ohne Operation geheilten Fällen wirklich um kongenitale hypertrophische Pylorusstenose gehandelt hat.



31. Jahresversammlung des Deutschen Vereins für öffentliche Gesundheitspflege.

Augsburg, den 12.—15. September 1906.
(Nach Münch. med. Wochenschrift.)

Die Milchversorgung der Städte mit besonderer Berücksichtigung der Säuglingsernährung.

Referent: Stadtbezirksarzt Dr. Poetter (Chemnitz).

Die Milch ist das wichtigste Nahrungsmittel für die Volksernährung. Von ihrer Güte hängt das Gedeihen und die Gesundheit weiter Bevölkerungskreise, insbesondere des Bevölkerungsnachwuchses, der Kinder, ab.

Als Kindernahrung steht die Milch konkurrenzlos da.

Die gesundheitliche Bedeutung der Milch als Volksnahrungsmittel, namentlich für die Säuglingsernährung, hat immer mehr zugenommen, seitdem aus verschiedenen Gründen besonders in den Städten die natürliche Brusternährung der Kinder zurückgegangen ist. Wenn auch durch geeignete Maßnahmen eine Besserung in bezug auf das Stillen der Kinder erreicht werden kann, so wird doch auch in Zukunft die Mehrzahl der Kinder auf die Kuhmilch als hauptsächliches Nahrungsmittel angewiesen bleiben.

Referent ist der Ansicht, daß von sämtlichen in Deutschland geborenen Kindern höchstens die Hälfte gestillt wird, 1 Million weiterer neugeborener Kinder ist auf Milchernährung angewiesen, dazu etwa 4 Millionen andere kleine Kinder, sowie schließlich die stillenden Frauen selbst.

Die Milch kann als gesundheitlich einwandfreies Nahrungsmittel nur dann gelten, wenn sie frei von schädlichen Stoffen ist. Schlechtes, unzweckmäßiges Futter macht die Milch schlecht, ebenso zu viel Schlempe. Zahlreiche Krankheitserreger, Maul- und Klauenseuche, Eiter und Tuberkelbazillen usw. gehen in die Milch über. Typhus und Scharlach können von den menschlichen Händen in die Milch kommen, auch das Spülen der Eimer mit schlechtem Wasser kann eine Infektion der Milch veranlassen; mangelnde Reinlichkeit kann starke Verunreinigung der Milch verursachen. Ein gewisser Schmutzgehalt darf nicht in Kauf genommen werden. Die Milch zieht riechende Stoffe sehr leicht an. Das Publikum kennt den reinen Geschmack der Milch meist überhaupt nicht. Die Milch muß von ganz gesunden Tieren stammen, dieselben geben eine einwandfreie, saubere, auch bakteriologisch saubere Milch. Eine ganz reine Milch ließe sich ruhig als Säuglingsmilch verwenden. Eine ganz bakterienfreie Milch läßt sich nicht erzielen. Saprophyten der Milch, Milchsäureerreger, Erreger der Buttersäuregärung, Heu- und Kartoffelbazillen sind in der Milch nur schwer vermeidbar, letztere sind äußerst widerstandsfähig und gesundheitsschädlich. Bis vor kurzem glaubte man alle Schädigungen der Milch durch Sterilisierung zu verhüten, zu lange Sterilisation vernichtet wichtige Eigenschaften der Milch, ohne sie völlig vor Zerstörung zu sichern. Sind zu viel Bakterien bereits gewuchert, so ist eine Sterilisierung überhaupt nicht mehr möglich. Eine große Gefahr droht der Milch im Hause der Händler und im Hause der Konsumenten: die Wärme der Wohnungen, das schlechte Aufbewahren. Das beste Mittel gegen die alsbaldige Bakterienwucherung in der Milch ist die sofortige Abkühlung nach dem Melken und Kühlhaltung auf dem Transport.

Die städtische Milchkontrolle bestimmt gegenwärtig nur den Fettgehalt, eine bakteriologisch schlechte, eine zersetzte oder im Verderben begriffene Milch kann ungehindert passieren, hiergegen besteht kein Schutz!

Gegenwärtig sind die Voraussetzungen, eine einwandfreie Milch zu erhalten, nur selten erfüllt und von einer erheblichen Preiserhöhung der Milch abhängig; einwandfreie Milch ist daher, abgesehen von den vereinzelten Fällen, wo private und städtische Fürsorge die Milchversorgung weiterer Kreise in die Hand genommen haben, gegenwärtig ein Luxusartikel für die bemitteltere Bevölkerung; die Ausbreitung der Milchversorgung auf weitere Kreise scheitert an den hohen Kosten.

Es ist zu erstreben, daß alle in Verkehr kommende Milch, und namentlich alle zur Säuglingsernährung dienende Milch einwandfrei sei. Dieses Ziel kann ohne wesentliche Erhöhung des Milchpreises erreicht werden, weil alle hierzu nötigen Maßregeln gleichzeitig dazu dienen und schon an sich notwendig sind,

um die Gesundheit und die Ergiebigkeit des Milchviehes, also die Wirtschaftlichkeit des Betriebes zu erhöhen; durch Erhöhung der Sauberkeit bleiben die Kühe gesünder, der Milchertrag wird reicher.

Zur Erreichung dieses Zieles ist der Erlaß reichsgesetzlicher Bestimmungen über die Produktions- und Verkehrsverhältnisse der Milch erforderlich, wobei Einzelbestimmungen, namentlich über den Fettgehalt, der landes- und ortsgesetzlichen Regelung zu überlassen sind. Die reichsgesetzlichen Bestimmungen hätten gleichzeitig die Tuberkulosetilgung zu umfassen, ähnlich wie bei der Tuberkulosebekämpfung durch die Fleischbeschau.

Die Produzenten sind seitens der landwirtschaftlichen Vereine fortdauernd über die Gewinnung und Lieferung einer tadellosen Milch zu belehren; ihre Betriebe sind regelmäßig zu überwachen. Durch selbständige Unterstellung unter eine Kontrolle könnte gleichfalls erhebliche Besserung erzielt werden, beispielsweise wenn die betreffenden Produzenten ihre Milch unter dem Namen „I. Qualität" liefern könnten.

Die Städte haben den Verkehr mit Milch ortsgesetzlich zu regeln und hierbei nicht so sehr wie früher ihr Augenmerk auf Fettgehalt, spezifisches Gewicht usw. als vielmehr auf die Ermittelung der sauberen, unzersetzten und unschädlichen Beschaffenheit der Milch zu richten.

Am zweckmäßigsten wäre die Einrichtung von „Milchhöfen" oder „Milchzentralen" (entsprechend den der Zentralisation des Fleischverkehrs dienenden Schlachthöfen), welche im Besitze und Betriebe der Stadt sind oder zum mindesten durch eigens angestellte, entsprechend vorgebildete städtische Beamte überwacht werden. In diesen Zentralstellen, deren in größeren Städten mehrere bestehen könnten, soll die gesamte Milch zusammenfließen; hier wird sie nach etwaiger Reinigung, Kühlung und Zubereitung in Transportgefäße gefüllt und durch entsprechend eingerichtete Verkaufswagen oder Verkaufsstellen an das Publikum abgegeben.

Der jetzt übliche Kleinhandel mit Milch ist als unhygienisch zu bezeichnen; insbesondere wegen der Behandlung der Milch im Hause des Verkäufers, ebenso ist unhygienisch das Umschöpfen, Umfüllen und Abmessen der Milch auf der Straße. Mit der Milchzentrale sind Säuglingsmilchküchen zu verbinden, hierselbst ist für die verschiedenen Lebensalter der Säuglinge trinkfertige Milch herzustellen. Die Gewährung von Prämien an stillende Frauen bzw. die Regelung dieser Frage kann an die Milchküchen angegliedert werden. Auch die industriellen Anlagen könnten hier tätig sein.

Die Bevölkerung ist fortlaufend über die richtige Behandlung der Milch zu belehren und hierin zu unterstützen. Der Bezug einwandfreier Säuglingsmilch, wobei gleichzeitig eine Beratung der Mütter stattfinden kann, muß auch den Unbemittelten ermöglicht werden, ohne daß jedoch die auf Verbreitung des Selbststillens hinzielenden Bestrebungen beeinträchtigt werden.

Der allgemeine Genuß guter Milch kann in vorteilhafter und gesundheitlich wünschenswerter Weise gehoben werden durch Errichtung von Milchhäuschen, Milchautomaten usw.

Korreferent: Beigeordneter Brugger (Köln) führt aus:

Angesichts der Tatsache, daß der Wert der jährlich im Deutschen Reiche erzeugten Milch rund 1700 Millionen Mark beträgt, und daß ein ganz erheblicher Teil der Milch dem unmittelbaren Genusse durch die Bevölkerung dient, besteht allgemein ein starkes Interesse an der gesundheitlich einwandfreien Beschaffenheit dieses Nahrungsmittels; deswegen ist eine Reform der Milchproduktion und des ganzen Milchhandels notwendig. Gibt es doch in Deutschland 15 Millionen Milchkühe; $^1/_4$ der täglich gewonnenen Milch wird getrunken und besonders in der Säuglingsernährung verwendet. Die Selbstkosten der gewonnenen Milch betragen nach einem Durchschnitt von 63 großen Gütern berechnet 13,5 Pf. pro Liter und gezahlt wird durchschnittlich 15—18 Pf. hierfür.

Die Forderungen, welche für die Gewinnung einer reinen, gesunden und guten Milch gestellt werden (ständige tierärztliche Überwachung der Milchkühe, Tuberkuloseversicherung und Ausscheidung kranker Tiere, einwandfreie Fütterung der Tiere, gute Beschaffenheit der Ställe und der Melkeinrichtungen, die öftere (4 mal tägliche) Entfernung des Mistes, die feuchte Reinigung der Krippen, die öftere Weißung des Stalles, peinliche Sauberkeit des Melkpersonals, Bereitstellung von Seife und Handtüchern, sofortige Tiefkühlung und zweckentsprechender Trans-

port der Milch) sind mit solchen Kosten verknüpft, daß sie eine Erhöhung des Milchpreises zur Folge haben müssen. Ein Beweis dafür sind die großen milchversorgenden Länder Dänemark und Schweden.

Aus den angegebenen Gründen ist der Erlaß eines Reichsgesetzes, durch welches jene Forderungen festgelegt werden, zurzeit nicht zu empfehlen. Es ist vielmehr der Boden für eine spätere gesetzliche Regelung ganz allgemein durch Verwaltungsvorschriften für größere Bezirke (Provinzen, Regierungsbezirke) vorzubereiten, die sich den örtlichen Bedürfnissen und vor allem den Fortschritten von Wissenschaft und Technik leichter anpassen lassen. Ortsgesetzliche Ergänzungen, besonders für den Milchhandel, sind außerdem notwendig; von großer Bedeutung ist, daß die Polizeivorschriften vielfach nur den Händler und nicht den Produzenten treffen. Vor allem aber ist es notwendig, erzieherisch einzuwirken und sowohl in den Kreisen der Produzenten, als auch besonders in denen der Konsumenten, das Verständnis für den Wert einer gesunden, reinlich gewonnenen und bis zum Verbrauche gut erhaltenen Milch zu wecken und rege zu halten.

Von Interesse ist hier, daß auf der neuen Hochschule in Köln ein entsprechender Kursus abgehalten wird.

Eine ganz wesentliche Förderung der auf die Verbesserung der Milch gerichteten Bestrebungen ist zu erhoffen, wenn die Staats-, Gemeinde- und andere Behörden dazu übergehen, den Milchbedarf für die ihnen unterstellten Anstalten nicht schlechthin an den Mindestfordernden zu vergeben, sondern unter Gewährung eines angemessenen Preises an vertrauenswerte Personen, die vertraglich die Beobachtung der für die Gewinnung einer reinen und gesunden Milch aufgestellten Grundsätze sichern, dagegen gehört die Anlage von Musteranlagen nicht in den Rahmen der Städte.

Da die Anfuhr der Milch nach den Städten zum großen Teil mit der Eisenbahn erfolgt, muß gefordert werden, daß während der warmen Jahreszeit sowohl auf den Stationen wie in den Güterwagen Gelegenheit zur kühlen, sauberen Aufbewahrung der Milch gegeben wird. Der Milchtransport in eckigen Kannen, die eng aneinander gestellt werden können, ist sehr empfehlenswert, ebenso die Einrichtung eigener Milchzüge.

Der Vorschlag, in den Städten kommunale oder unter kommunaler Aufsicht stehende Milchhöfe einzurichten, in denen die Milch gegen Zahlung geringer Gebühren gereinigt, gekühlt und gut aufbewahrt werden kann, verdient ernste Beachtung, jedoch muß die Reinigung der Milch vor allem beim Produzenten vorgenommen werden.

Die Gemeinden sind verpflichtet, für die unbemittelte Bevölkerung Milchküchen zur trinkfertigen Herstellung von Säuglingsmilch einzurichten. Eine unerläßliche Ergänzung dieser Milchküchen sind ärztlich geleitete Mutterberatungsstellen, welche in erster Linie für die natürliche Brusternährung zu wirken und die Abgabe der Säuglingsmilch zu überwachen haben. In den Beratungsstellen ist unter anderem auch darauf hinzuweisen, daß die Kinder nicht überernährt werden. Referent beschreibt zum Schlusse seiner Ausführungen die inneren Einrichtungen der Milchküchen in Bergisch-Gladbach und München-Gladbach und empfiehlt nochmals den Anschluß der Küchen an die Schlachthöfe.

Rheinisch-westfälische Gesellschaft für innere Medizin und Nervenheilkunde.

(Nach Münch. med. Wochenschrift.)

IX. ordentliche Versammlung am 17. Juni 1906 in Düsseldorf.

Herr Aug. Hoffmann (Düsseldorf): **Zur Ätiologie des chronischen Ikterus im Kindesalter.** (Große Zyste des Ductus choledochus.)

Ein 13jähriges Mädchen erkrankte im Sommer 1905 aus unbekannter Ursache an Ikterus, welcher keinerlei Behandlung vollständig wich, dagegen in der Intensität sehr schwankte. Das Mädchen befand sich lange Zeit in klinischer

Behandlung. Die Untersuchung des Leibes ergab Vergrößerung der Leber und in der rechten Mamillarlinie eine apfelgroße unter der Leber liegende Geschwulst, die als die vergrößerte Gallenblase gedeutet werden mußte. Dieselbe war prall elastisch und auf Druck nicht schmerzhaft. Die Leber war im ganzen aufgetrieben, sonst war überall voller Perkussionsschall. Auch ließ sich keine weitere Geschwulst palpieren, nur hatte man den Eindruck, daß in der Tiefe eine vermehrte Resistenz vorhanden sei. Das Befinden war wechselvoll, wochenlang trat gefärbter Stuhl auf, dann wiederum war derselbe hellgrau und enthielt keine Gallenfarbstoffe, der Urin war stets dunkel und enthielt stets Gallenfarbstoffe.

Da sich trotz aller angewandten Kuren eine durchgreifende Besserung nicht zeigte, das Kind stets ikterisch blieb und schließlich der bis dahin gute Appetit nachließ und am 12. III. eine Nierenblutung aufgetreten war, welche allerdings nur 2 Tage bestand, so mußte bei dieser bedrohlichen Erscheinung die Frage der Operation erwogen werden.

Die Diagnose wurde gestellt auf einen den Ductus choledochus komprimierenden Tumor, dessen Lokalisation und Art mit Sicherheit nicht zu bestimmen war, auch wurde gedacht an etwaige (tuberkulöse?) Verwachsungen, welche den Gallengang zusammenschnüren könnten. Da niemals Schmerzen vorhanden waren, konnte ein Stein ausgeschlossen werden, der ja auch in diesem Lebensalter sehr unwahrscheinlich war.

Bei der vorgenommenen Probelaparotomie fand sich zunächst die vergrößerte Leber und die vom Hilus etwas nach außen gedrängte, prall gefüllte Gallenblase. Nachdem der Darm beiseite geschoben war, fand sich unterhalb der Leber ein kindskopfgroßer, glatter Tumor, der deutliche Fluktion zeigte. Es wurde die Tumorwand mit der Bauchwand vernäht und inzidiert. Es entströmte der Zyste ca. 1¹/₄ Liter grünlichgelbe schleimige Flüssigkeit, dieselbe war klar, gab Gallenreaktion, enthielt aber kein diastatisches Ferment. Der Exitus erfolgte 30 Stunden später an einer Nachblutung.

Das vorgezeigte Präparat läßt erkennen, daß der Tumor aus einer kugelförmigen Zyste des Ductus choledochus besteht. Dieselbe kommunizierte mit der Gallenblase, die sich auch bei der Operation entleerte. Der Ausführungsgang zum Darm war außerordentlich schwer zu finden. Derselbe ist als ein feiner Schlitz in der inneren glatten Wand des Tumors erkennbar und verläuft in dieser. Der Ausführungsgang ist offenbar verengt und durch den Druck der in der Zyste befindlichen Flüssigkeit zugepreßt gewesen. Die innere Wand der Zyste ist mit schwarz-grünem, feinen Konkrement bedeckt, das aus niedergeschlagenen Gallenfarbstoffen besteht.

Bei der Beurteilung des Falles kommt man wohl zu dem Schluß, daß es sich um eine angeborene oder doch in früher Kindheit entstandene Zyste des Ductus choledochus handelt, die zunächst symptomlos verlief, bei weiterer Vergrößerung und stärkerer Füllung den Ausgang zum Darm versperrte und zeitweilig wieder freiließ, wodurch der zeitweilig gefärbte Stuhl sich erklärt. Trotzdem derartige Fälle außerordentlich selten sind, — dem Vortragenden ist nur der von Dresmann auf dem Chirurgenkongreß erwähnte bekannt, — so wird man doch in Fällen von chronischem Ikterus im jugendlichen Alter an die Möglichkeit einer solchen Zyste denken müssen.

Diskussion: Herr Huismans (Köln): Der Fall, welchen Herr Kollege Dresmann beschrieb, ist mir bekannt. Es handelt sich um eine ca. 20jährige Patientin, welche seit frühester Jugend an remittierendem Ikterus litt und denselben Befund bot, wie die Patientin des Herrn Hoffmann. Es wurde ebenfalls an eine Zyste im Pankreaskopf gedacht. In operatione Eröffnung einer Zyste und Entleerung einer großen Menge schleimig-wässeriger Galle. Exitus nach einigen Wochen. In obductione ein Klappenverschluß des unteren, in spitzem Winkel ins Duodenum mündenden Choledochusendes, enorme Dilatation des letzteren und aller Gallengänge.

Herr Fleischhauer (Düsseldorf) macht darauf aufmerksam, daß bei dem Präparat in der Umgebung der Zyste starke peritonitische Stränge bestehen. Er stellt sich die Entstehung so vor, daß es ähnlich wie die Entstehung des Hydrops vesicae felleae durch Pericholezystitis, auch in diesem Falle durch Abknickung infolge solcher Stränge zur Zystenbildung gekommen sein könnte. Er führt dafür

an die Hypertrophie der Zystenwandung, die offene Kommunikation des Choledochus mit dem Darm, den Mangel einer Klappe an der offenen Choledochusmündung aus der Zyste. Derartige Stränge können durch mancherlei Ursachen entstehen: Erweichung von Drüsen usw. Für diese Auffassung spricht das Alter des Kindes, 12 Jahre, der Verlauf der Krankheit erst in den letzten Jahren. Redner betont jedoch, daß solche Feststellungen nur bei der Sektion zweifellos gemacht werden können, und bittet die Herren, in vorkommenden Fällen darauf zu achten.

IV. Neue Bücher.

Immelmann. **Zehn Jahre Orthopädie und Röntgenologie 1896—1906.** (Als Manuskript gedruckt.)

In einem kleinen, prächtig ausgestatteten handlichen Büchlein gibt der unermüdliche Verfasser seinen Kollegen Bericht über die bisherige Tätigkeit in seiner orthopädisch-heilgymnastischen Anstalt mit Röntgenlaboratorium und fügt einige interessante Arbeiten aus seinem Spezialgebiet hinzu. Während ich die Besprechung der „Fortschritte in der Orthopädie und die Bedeutung der Röntgenstrahlen für dieselbe" berufeneren Federn überlassen muß, möchte ich aus der zweiten „die Bedeutung der Röntgenstrahlen für den ärztlichen Begutachter" betitelten Arbeit einiges hervorheben, was auch den Kinderarzt interessiert.

Die häufig dem Gerichtsarzt und Praktiker vorgelegte Frage, ob ein neugeborenes Kind nach oder während der Geburt gelebt hat, ob ein Fötus lebensfähig gewesen ist und wie weit seine Entwicklung vorgeschritten sei, läßt sich durch eine einzige Röntgenphotographie recht sicher und rasch beantworten. Keine der bisher geübten Methoden gestattet uns, die Entwicklung des Knochengerüstes vom Beginn des dritten Monats des fötalen Lebens an und das Auftreten der Verknöcherungsherde so mühelos zu studieren wie die Untersuchungen mittels der Röntgenstrahlen; während man früher z. B. den Knochenkern im distalen Femurende, dessen Vorhandensein das Überschreiten der 30. Woche des fötalen Lebens, also des gesetzlich für die Lebensfähigkeit eines Fötus maßgebenden Zeitpunktes vermuten läßt, nur durch mühsame Präparation auffinden konnte, ist es jetzt durch eine Röntgenaufnahme sogar möglich, an einer vorgefundenen oberen oder unteren Extremität ohne weiteres das Lebensalter des betreffenden Individuums zu bestimmen. Verf. macht darüber genaue Einzelangaben, hinsichtlich deren ich auf das Original verweise.

Auch die Frage, ob der Fötus in oder nach der Geburt geatmet hat, ist jetzt durch eine einzige Röntgenaufnahme genügend zu beantworten, da die atelectatische Lunge einen Schatten gibt, die lufthaltige nicht. Einzelheiten mag man in der Originalarbeit, die auch jedem Kollegen auf Wunsch zugesandt wird, nachlesen. Wegscheider (Berlin).

L. Bruns. **Die Hysterie im Kindesalter.** Halle a. S. 1906. Verlag von C. Marhold. 2. Auflage. Preis: Mk. 1,80.

Bereits beim Erscheinen der 1. Auflage haben wir diese lehrreiche Monographie warm empfohlen. Das Erscheinen einer neuen Auflage beweist, daß die kleine Broschüre auch einen großen Leserkreis gefunden hat. Möge auch die Neuauflage, welche vielfache Veränderungen zeigt, wieder in recht weiten Ärztekreisen Eingang finden, damit die auch für das Kindesalter recht wichtige Erkrankung besser bekannt und gewürdigt werde! Grätzer.

E. Suckow. **Leitfaden zur Errichtung von Kindermilchanstalten.** Hannover 1906. Verlag von M. & H. Schaper. Preis: Mk. 2,—.

Der Leiter der städtischen Kinder- und Kurmilchanstalt zu Bergisch-Gladbach hat sich ein großes Verdienst dadurch erworben, daß er seine Erfahrungen der Öffentlichkeit übergibt, die bei derartigen kommunalen Anlagen volle Berücksichtigung verdienen. Die praktischen Winke, die der Verf. gibt, werden vielen Nutzen schaffen und lassen den Wunsch aufkommen, daß das Büchlein weite Verbreitung finden möge. Grätzer.

H. J. Hancock. **Japanische Gymnastik für Kinder und Mädchen.** Stuttgart. Verlag von J. Hoffmann. Preis: Mk. 2,—.

Ein recht lesenswertes Büchlein, das der Kinderarzt in seiner Klientel warm empfehlen sollte. Die Kräftigung und Stählung des Körpers durch die hier in Wort und Bild beschriebenen, auf der Basis des japanischen Jiu-Jitsu beruhenden Spiele und Übungen geschieht in so rationeller, dabei kurzweiliger und den Kindern sicherlich viele Freude bereitender Form, daß man kaum Schwierigkeiten haben wird, diese Gymnastik allgemein einzuführen und damit ungemein zu nützen.

Grätzer.

Neue Dissertationen.

(Aus deutschen Universitäten.)

Bendix, H., Über Kinderpsychosen, mit besonderer Berücksichtigung ihrer Frequenz und Prognose (Rostock). — **Buch, E.**, Über posttraumatische Sarkomatose im jugendlichen Alter (München). — **Dau, H.**, Die Säuglingssterblichkeit in Greifswald 1901—1905 (Greifswald). — **Dupuis, Fr.**, Ein Fall von Atresia ani et recti congenita (Bonn). — **Dyrenfurth, F.**, Über feinere Knochenstrukturen mit besonderer Berücksichtigung der Rachitis (Freiburg). — **Grain, G. de**, Zystenniere und Zystenleber beim Neugeborenen als Entwicklungsstörung in ihrer Beziehung zur Geschwulsttheorie (Breslau). — **Greiffenberg, M.**, Über den Einfluß der Abnabelungszeit (Halle). — **Kache, W.**, Über charakteristische Merkmale und Resistenz des Micrococcus meningitidis cerebrospinalis (Breslau). — **Lachmann, A.**, Über das Verhalten der Kalkausscheidung bei fieberhaften Erkrankungen von Säuglingen (Breslau). — **Lehle, A.**, Ein Fall von Raynaudscher Krankheit im Säuglingsalter (München). — **Mohn, F.**, Die Veränderungen in Placenta, Nabelschnur und Eihäuten bei Syphilis und ihre Beziehungen zur Spirochaete pallida (Leipzig). — **Prein, M.**, Ein Beitrag zur Ätiologie des plötzlichen Todes im Säuglingsalter (Kiel). — **Ritzmann, H.**, Ovarialtumoren bei Kindern (Breslau). — **Schütze, Chr.**, Isolierte Spiralbrüche und Fissuren der Tibia im kindlichen Alter (Würzburg). — **Schulte, E.**, Rachitische Kurvaturen und ihre Behandlung (Halle). — **Tinnefeld, W.**, Bericht über 22 in der Gießener Augenklinik an Cataracta congenita behandelte Kranke (Gießen). — **Wicke, H.**, Über den Scheintod der Neugeborenen (München). — **Wildt, G.**, Über kongenitale Divertikelbildung der kindlichen Blase mit konsekutiver Hydronephrose.

V. Monats-Chronik.

Berlin. Seitens des Kultusministeriums finden zurzeit Erhebungen darüber statt, ob und in welcher Weise an den **Hebammenlehranstalten** für die **praktische Unterweisung** in der **Säuglingspflege** Sorge getragen ist oder werden soll. Es haben sich Mängel in der Ausbildung der Hebammenschülerinnen nach dieser Richtung hin gezeigt; im Interesse einer erfolgreichen Bekämpfung der Säuglingssterblichkeit ist es erforderlich, daß in der Säuglingspflege gut unterrichtete Hebammen mitwirken.

— Zur **Bekämpfung** der **Säuglingssterblichkeit** sind von der Stadt erhebliche Mittel nachbewilligt worden.

— **Ein Kindererholungsheim** ist in Berlin (Gr.-Lichterfelde-West, Albrechtstr. 14a, Telephon Nr. 67) im November 1906 gegründet worden. Das Heim soll eine wirksame Ergänzung der Walderholungsstätten bilden, die in der kalten Jahreszeit geschlossen bleiben, sowie solchen Kindern zugänglich gemacht werden, die auch in der warmen Jahreszeit aus besonderen Gründen in die außerhalb belegenen Erholungsstätten nicht aufgenommen werden können, weil sie z. B. zu angegriffen sind, um die Fahrt zu vertragen. Die Vorteile der Walderholungsstätte bietet der große, inmitten von anderen großen Gärten gelegene Garten des Heims ohnehin. Das Kindererholungsheim hat sich deshalb die Aufgabe gestellt, vorbeugend zu

wirken, um den Kräftezustand skrofulöser oder schwächlicher, aus tuberkulösen Familien stammender Kinder auch nach überstandener Krankheit zu heben. Die Aufnahme anderer schwächlicher Kinder ist nicht ausgeschlossen, sofern keine Ansteckungsgefahr vorliegt. Der Pensionspreis beträgt pro Kind und Tag 1,50 Mk. Das Heim verfügt über 30 Betten und ist während des ganzen Jahres in Betrieb. Ein Arzt wohnt im Hause. Die Behandlung kann jedoch auf Wunsch dem behandelnden Arzte verbleiben. Anmeldungen werden im Heim selbst und in den Auskunfts- und Fürsorgestellen für Lungenkranke entgegengenommen, und zwar für NW., W. und C. in der Charité, für N. in der Luisenstr. 8 (Geh. Med.-Rat Prof. Dr. Wolff), für O. und NO. in der Palisadenstr. 25, für S., SW. und SO. in der Neuenburgerstr. 23. — Die Besichtigung ist jederzeit gern gestattet.

— Prof. Dr. Joachimsthal ist neben Prof. Hoffa in die Redaktion der Zeitschrift für orthopädische Chirurgie eingetreten.

Rixdorf. Eine **Säuglingsfürsorgestelle** wird am 1. April eingerichtet.

Dresden. Das von Dr. Schloßmann begründete **Säuglingsheim**, das bisher von einem Verein unterhalten wurde, soll, nach einem Beschluß der Dresdener Stadtverordneten, in städtische Verwaltung übergehen. Bisher hatte die Stadtkasse einen jährlichen Zuschuß von 18 000 Mk. geleistet. Das Dresdener Säuglingsheim ist eine Musteranstalt, ihr verdankt Dresden bereits eine ganz wesentliche Abnahme seiner Kindersterblichkeit. Die Anstalt ist für viele andere in Deutschland vorbildlich geworden. Man kann nur wünschen, daß das Verständnis, das die Stadt Dresden durch Übernahme der Anstalt für deren Bedeutung beweist, für andere Stadtverwaltungen ebenfalls vorbildlich sein möge.

(Münch. med. Wochenschrift.)

Heidelberg. Zum Nachfolger von Geh. Hofrat Vierordt in der Leitung der Luisenheilanstalt (Kinderklinik) sind primo et aequo loco vorgeschlagen Dozent H. Feer (Basel) und Prof. Finkelstein (Berlin).

— Prof. Vulpius (Orthopädische Chirurgie) wurde zum korrespondierenden Mitglied der Société internationale de la Tuberculose in Paris ernannt.

München. Der bisherige Privatdozent für Kinderheilkunde an der Grazer Universität, Dr. Ernst Moro, hat sich mit einem Probevortrag: „Endogene Infektion und Desinfektion" für das gleiche Fach in München habilitiert.

— Um einen Überblick über den derzeitigen Stand der **Obsorge für die krüppelhaften Kinder** und eine Grundlage für den weiteren **Ausbau der Krüppelfürsorge** in Bayern zu gewinnen, haben die beiden Ministerien des Innern eine Erhebung über die Zahl der in Bayern vorhandenen krüppelhaften Kinder angeordnet. Hierzu sind entsprechende Anordnungen an die Distrikts-, Verwaltungs-, Gemeinde- und Schulbehörden sowie die Vorstände der Heil- und Pflege-, der Erziehungs- und Unterrichtsanstalten ergangen. Am 10. Januar 1907 ist eine Zählung der im schulpflichtigen Alter stehenden krüppelhaften Kinder vorzunehmen. Als krüppelhaft gelten die Kinder, welche infolge angeborener Fehler oder durch Verlust, Verkrümmung, Lähmung oder Muskelkrampf einzelner Körperteile in der Bewegungs- und Gebrauchsfähigkeit ihrer Gliedmaßen dauernd beeinträchtigt sind. Die Erhebung erstreckt sich auf alle Kinder, die am Erhebungstag das 6. Lebensjahr vollendet und das 14. noch nicht überschritten haben. Ausgenommen sind nur jene, welche die Schule deshalb nicht besuchen, weil sie zu Beginn des laufenden Schuljahres das 6. Lebensjahr noch nicht vollendet hatten.

(Münch. med. Wochenschrift.)

Basel. Wie wir vernehmen, hat Herr Dr. med. E. Feer, Privatdozent, die an ihn ergangene Berufung an die neubegründete Professur für Kinderheilkunde an der Universität Heidelberg und zum Direktor des dortigen Kinderspitals angenommen. (Münch. med. Wochenschrift.)

Malstatt-Burdach. Der Stadtrat hat beschlossen, die **zahnärztliche Behandlung der Schulkinder** zwei Zahnärzten zu übertragen und dafür jedem eine Jahresvergütung von 2500 Mk. zu gewähren.

Gestorben: Dr. B. Unterholzner, Direktor und Primärarzt des Leopoldstädter Kinderspitales in Wien.

Verantwortlicher Redakteur: Dr. Eugen Graetzer in Friedenau-Berlin. — Verlag von Johann Ambrosius Barth in Leipzig. — Druck von Metzger & Wittig in Leipzig.

Centralblatt für Kinderheilkunde.

Eine Monatsschrift für praktische Ärzte.

XII. Jahrgang. 1. April 1907. No. 4.

I. Originalbeiträge.

Aus der Chirurgischen Universitätsklinik und Poliklinik der Charité in Berlin. (Direktor: Prof. Dr. Hildebrand.)

Über Sehnengeschwülstchen bei Kindern.[1])

Von

Prof. Dr. **Pels-Leusden,**

Leiter der Poliklinik.

Primäre Sehnenerkrankungen, wenn man von den Traumen absieht, sind recht selten; am häufigsten werden sie noch beobachtet, wenn sie das Symptom des Schnellens (Federns) an einem Finger hervorrufen. Ich habe nun in den letzten 2 Jahren zwei solcher Erkrankungen bei Kindern beobachtet, welche mir bemerkenswert erschienen.

Die Fälle betrafen ein kleines Mädchen von 4 und einen Knaben von $2^1/_4$ Jahren. Bei jenem waren die unten geschilderten Erscheinungen vor 2 Jahren, bei letzterem vor 14 Tagen bemerkt worden. Im übrigen war der Befund bei beiden Kindern ein so ähnlicher, daß ich sie gut zusammen schildern kann. Bei beiden Kindern, welche sonst blühend und gesund waren, war weder ein Trauma noch eine Erkrankung anderer Art voraufgegangen, auch anamnestisch keine familiäre Erkrankung festgestellt worden. Bei beiden stand der rechte Daumen im Interphalangealgelenk rechtwinklig gebeugt, konnte passiv noch etwas weiter gebeugt, aber weder aktiv noch passiv auch nicht mit einiger Gewalt gestreckt werden. Ließ man aktiv den Daumen möglichst weit einschlagen, beugte passiv das Nagelglied noch möglichst weit, so konnte man beim Übergehen in die Streckstellung deutlich in der Gegend der Sesambeine einen in distaler Richtung sich bewegenden Knoten fühlen, welcher bei der äußersten Streckmöglichkeit im Karpal-, Metakarpophalangeal- und Interphalangealgelenk arretiert wurde. Da durch Röntgenbild festgestellt war, daß das letztere Gelenk, und da die Beweglichkeit in den beiden ersteren vollkommen intakt war, so mußte angenommen werden, daß ein Knoten in der Sehne des Flexor pollicis longus, welcher außer dem ganzen Daumen speziell dessen Nagelglied beugt, die vollkommene Streckung verhindere. Das wurde durch die Operation bestätigt. Letztere habe ich bei dem Knaben vor einem, dem Mädchen vor $^2/_3$ Jahren vorgenommen. In Narkose und Blutleere wurde die Sehnenscheide des Flexor pollicis longus freigelegt über dem Metakarpophalangealgelenk. In ihr kam eine deutliche plattenartige, quergestellte Verdickung zum Vorschein, welche bei Beuge- und Streckbewegungen am Daumen sich deutlich proximal und distal verschob, bei letzteren aber stets an einer

[1]) Die Arbeit wurde publiziert in der Deutsch. med. Wochenschrift (1907 Nr. 1). Mit gütiger Erlaubnis der Redaktion derselben drucken wir den interessanten Aufsatz vollständig ab.

bestimmten Stelle festgehalten wurde, wenn das Nagelglied noch in rechtwinkliger Beugung stand. Diese Stelle entsprach genau dem quergestellten Verstärkungsband der Sehnenscheide in der Gegend der Sesambeine, welches besonders nach Eröffnung der Sehnenscheide in der Längsrichtung auf der Schnittfläche als jener aufliegender glatter Wulst erkennbar war. Der Daumen ließ sich danach schon strecken. In der jetzt vorliegenden Sehne kam nun eine spindelförmige Anschwellung zum Vorschein, welche in der Substanz der Sehne lag und nur bei dem Knaben beim Herausheben der Sehne aus ihrem Bett auf der dorsalen Seite als leicht gelblich gefärbte Masse die Oberfläche erreichte. In beiden Fällen handelte es sich um solide Knoten, welche nach Längsspaltung der Sehne scharf aus den sie mantelartig umgebenden Sehnenfaserbündeln herausgeschält werden mußten, wobei die Kontinuität der Sehne nicht gefährdet wurde. In beiden Fällen habe ich, um eine Verwachsung der Sehnenscheide mit der wundgemachten Sehne zu vermeiden, jene sorgfältig mit feinem Katgut wieder vereinigt, ein Vorgehen, welches von Marchesi (l. c. weiter unten) widerraten wird, da man damit eine verengte Stelle in der Sehnenscheide schaffe. Auch Büdinger (Wiener klinische Wochenschrift 1896, S. 432) war vor Marchesi schon dieser Ansicht. In meinen Fällen hat diese Naht keinen Nachteil gehabt und hat es gewiß auch niemals, wenn es sich um normal weite Sehnenscheiden handelt. Andererseits werden aber doch dadurch die normalen Verhältnisse in besserer Weise wieder hergestellt, die Sehne wird wieder richtig gelagert und fixiert. Die Haut wurde sorgfältig vernäht und der Finger für 8 Tage in Streckstellung fixiert. Danach war die Wunde geheilt, die Kinder durften aktiv bewegen, was von diesem Moment ab vollkommen möglich war und es auch seitdem geblieben ist. Erwähnen muß ich noch, daß bei dem kleinen Mädchen wiederholt gewaltsames Redressement mit nachfolgendem Gipsverband gemacht war, wonach sich aber die falsche Stellung stets rasch wieder bildete. Auffallend war, daß, trotzdem der Finger doch lange Zeit in Kontraktionsstellung gestanden hatte, sich keine Veränderung an der Gelenkfläche im Interphalangealgelenk eingestellt hatte.

Die mikroskopische Untersuchung der kleinen Präparate wurde dadurch erschwert, daß es nicht gelang, von dem sehr spröden Material feine Schnitte zu erlangen, auch nicht Serienschnitte anzufertigen.

Bei schwacher Vergrößerung sieht man die Sehnenbündel meist in der Längsrichtung verlaufen, hier und da aber auch auf einen Längsschnitt quer und schräg getroffen, was ja aber bei der Auseinanderdrängung durch einen zentral gelegenen Tumor nicht wundernehmen kann. Jedenfalls macht es nicht den Eindruck, als sei der Knoten durch eine Verknäuelung von Sehnenbündeln entstanden. Überall erscheinen die Sehnenzellkerne sehr zahlreich, spindelförmig, stäbchenartig, rechteckig, quadratisch, in Reihen angeordnet, vielfach dicht gedrängt, wie eine Reihe quadratisch gestalteter Bausteine aneinanderliegend. Die Sehnenbündel sind auseinandergedrängt, durch ein am Hämatoxylenpräparat dunkler gefärbtes Gewebe, welches schon bei ganz schwacher Vergrößerung deutlich verzweigte Gefäße mit sehr zellenreicher Wandung und engem Lumen, vielfach auch lose in den zentralen Partien eng aneinanderliegende verknäuelte Gefäße mit weiterem Lumen, welche jeweilig zu einem spindelförmigen Knoten angeordnet sind, erkennen läßt. Bei stärkerer Vergrößerung wird die Gefäß(Arterien-)natur dieser zellenreichen Stränge und Knoten noch klarer. Die größeren, an welchen eine deutliche Intima und Muscularis zu erkennen ist, lösen sich in kleinere, schließlich in solche auf, welche nur aus einem Endothelschlauch bestehen. Nahe nach dem Rande des Knotens zu liegt in der Nachbarschaft der Gefäßbüschel noch eine Schicht helleren Gewebes von dem Charakter fibrillären Bindegewebes mit unregelmäßigem, durchflochtenem Faserverlauf und verschieden gestalteten, auch sternförmig verästelten Zellen. Nirgends ist eine Anhäufung von Rundzellen zu finden, ja man kann wohl sagen, daß solche fast vollständig fehlen. Mehr im Zentrum des Knotens liegen dann die spindelförmigen Knötchen, aus Gefäßschlingen, vom Bau der Arterien, mit deutlichem, weitem Lumen bestehend. Den Inhalt bildet eine amorphe, etwas bräunliche Masse, welche keine deutlichen roten Blutkörperchen erkennen läßt. Diese mit einem deutlichem Endothel und Ringmuskulatur ausgestatteten Gefäße gehen über in knötchenförmige Wucherungen, an welchen aber trotz des großen Zellreichtums eine lockere adventitielle Schicht, eine mehrfache Ringzellschicht, mit etwas unregelmäßigen, stäbchenförmigen Kernen und eine zentrale Schicht aus längsgestellten Kernen zu unter-

scheiden ist, welche sich also als deutliche Abkömmlinge der in sie übergehenden Gefäße charakterisieren.

In dem andern Fall (Knabe) war leider die Kernfärbung an dem ganzen Präparat eine mangelhafte, was ich auf ein etwas zu langes Verweilen in der Färbungsflüssigkeit (10% Formalin) zurückführe. Es lassen sich aber mit aller Sicherheit auch die dickeren, knötchenförmigen Gefäßknäuel und jungen Gefäßsprossen mit lockerem Gewebe in der Nachbarschaft konstatieren.

Man kann also wohl sagen, daß es sich um einen Prozeß handelt, welcher mit den Gefäßen in direktem Zusammenhang steht, sich teilweise wesentlich auf die Bildung von Gefäßschlingen beschränkt, teilweise, und zwar im Bereiche der jüngeren Gefäße zur Bildung eines lockeren, adventiellen Bindegewebes geführt hat. Dabei fehlen alle entzündlichen Erscheinungen, Nekrosen, Rundzellinfiltrationen. Daher glaube ich einen entzündlichen Prozeß mit Sicherheit ausschließen zu können. Der Gefäßreichtum spricht an und für sich schon gegen eine Tuberkulose, abgesehen davon, daß ich Tuberkelbazillen nicht habe nachweisen können, und daß die Kinder sonst gar keine Zeichen von Tuberkulose hatten. Eine Tierimpfung mit dem an und für sich schon spärlichen Material habe ich unterlassen. Desgleichen glaube ich Lues und eine echte, fibro- oder sarkomatöse Geschwulst ausschließen zu können. Die Wucherungserscheinungen an den Sehnenzellen halte ich für sekundärer Natur, hervorgerufen durch den Reiz der Knötchen in der Sehne.

Das Integrierende an den Knötchen ist die Gefäßvermehrung. Normalerweise enthalten ja auch die Sehnen noch ganz vereinzelte Blutgefäße, welche ihnen durch das Mesotenonium (Vincula) zugeführt werden; aber so zahlreiche Gefäße mit arterieller Wandung sind sicher pathologisch. Sehr nahe liegt der Gedanke, daß wir es hier mit einer Störung zu tun haben, welche mit der Entwicklung der Sehne zusammenhängt, da es sich um Prozesse handelt, welche bei sehr jugendlichen Individuen ungefähr im selben Alter eingesetzt haben. Nun wissen wir über die Entwicklung der Sehnen leider so gut wie gar nichts, und ebenso habe ich über den Gefäßreichtum der Sehnen im embryonalen und postfötalen Leben nichts gefunden. Es wäre aber doch sehr wohl möglich, daß es hier zu einer mangelhaften Rückbildung, eventuell mäßigen Wucherung fötal vorhandener Gefäße gekommen ist, welche an andern Stellen ohne Symptome verläuft, hier aber wegen der Sehnenverdickung Veranlassung zum ärztlichen Eingreifen gegeben hat. Herr Geheimrat Koenig erinnerte mich an fissurale Angiome, welche gelegentlich, wie er beobachtet habe, spontan zurückgingen. Vielleicht haben wir es hier mit etwas Ähnlichem zu tun.

In der Literatur sind Ganglien der Sehnen, tuberkulöse Knoten, traumatisch entstandene Verdickungen und noch einiges andere beschrieben, aber ähnliche Befunde in pathologisch-anatomischer Hinsicht habe ich nirgends verzeichnet gefunden, und es wäre mir lieb, wenn ich von Fachgenossen über ähnliche Dinge etwas erfahren könnte.

Was aber die Knoten nun auch sein mögen, für unser Handeln kommt wohl allein die operative Entfernung dieser leicht diagnostizierbaren Verdickungen in Betracht, welche bei der nötigen Vorsicht

Gefahren nicht bietet, dabei aber ein sicheres und dauerndes Heilresultat gibt.

Kurz darf ich wohl noch eingehen auf das Verhältnis der von mir beobachteten Erkrankung zum „schnellenden Finger“, welcher ja meist bei älteren Individuen beobachtet wird und über den Marchesi in der Deutschen Zeitschrift für Chirurgie 1905, Bd. 79, S. 364 ff., eine ausführliche Arbeit veröffentlicht hat, in welcher auch auf die verschiedenen Symptome beim Schnellen hingewiesen und der Versuch gemacht wird, auf Grund dieser Symptome die eigentliche Ursache des Schnellens, ob von der Sehnenscheide, der Sehne und welcher, dem Gelenkapparat herrührend, zu ergründen. Von der letzteren, welche Koenig (cf. sein Lehrbuch Bd. 3, S. 389, Aufl. 8) an einem Zeh beobachtete, Ätiologie abgesehen, sind im wesentlichen Mißverhältnisse in Weite der Sehnenscheide und Dicke der Sehne verantwortlich gemacht worden, ohne daß man zu einer Einigung dabei gekommen wäre. Auf Grund theoretischer Überlegungen, experimenteller und praktischer Erfahrungen kann nach der Überzeugung der meisten Autoren wohl nicht gut daran gezweifelt werden, daß das Schnellen nur zustande kommen kann, wenn ein Mißverhältnis zwischen der Dicke der Sehne und den Gebilden, innerhalb deren sie sich bewegt, also Sehnenscheide und Sublimisgabel (an der Beugeseite des zweiten bis fünften Fingers) an zirkumskripter Stelle vorhanden ist. Es braucht dabei nicht notwendigerweise Sehne und Sehnenscheide pathologisch verändert zu sein, letzteres deswegen, weil weder die Sehne überall einen gleichmäßigen Querschnitt, noch die Sehnenscheide eine gleichmäßige Weite besitzt. Da das Schnellen der Finger hauptsächlich auf Erkrankungen am Beugeapparat beruht, so beschränke ich mich auf die Berücksichtigung der dabei vorliegenden Verhältnisse. Eine Verdickung im Breitendurchmesser besitzt die Sehne des Flexor profundus an ihrer Durchtrittsstelle durch die Sublimisgabel, worauf Bennecke (Deutsche medizinische Wochenschrift 1902, Vereinsbeilage, Nr. 32, S. 246) hinweist. Die Sehnenscheiden werden durch die über sie ausgebreiteten und mit ihr verwachsenen Ligamenta anularia und cruciata, auch durch die Fortsätze der Fascia palmaris stellenweise eingeengt, bzw. unnachgiebiger gemacht. Diese Stellen entsprechen nun stets denjenigen, an welchen eine temporäre Arretierung der Sehne auch bei nur auf Sehne oder Sehnenscheide beschränkter zirkumskripter Verdickung stattfindet. Selbstverständlich wird man auch gelegentlich Sehnen und Sehnenscheide pathologisch verändert gleichzeitig vorfinden können, aber notwendig für das Zustandekommen des Schnellens ist das zweifellos nicht. Selten kommt es nun zu einer so starken Verdickung an Sehne und Sehnenscheide, daß überhaupt die Bewegung in einer bestimmten Stellung unmöglich wird. Meist wird dann wohl ein Stadium voraufgegangen sein, in welchem das Schnellen vorhanden war. Davon ist bei meinen beiden Fällen nichts bekannt. In dem Stadium, in welchem ich sie sah, handelte es sich nicht mehr um einen schnellenden, sondern um einen arretierten Finger, dessen Ursache eine Verdickung der Sehne ohne Beteiligung der Sehnenscheide war.

II. Referate.

Momburg, Die zwei- und mehrfache Teilung der Sesambeine der großen Zehe. (Zeitschr. f. Chir. Bd. 86. Heft 2—4. S. 382.) Zu einer irrigen Auffassung einer Fraktur an einem der Sesambeine der großen Zehe gelangte M. bei einem Soldaten, der beim Abspringen vom Sprungbrett sofort einen stichartigen Schmerz im rechten Fuß verspürte und nachher über Schmerzen unter dem Großzehenballen beim Auftreten klagte. Es bestand starke Druckempfindlichkeit in der Gegend des tibialen Sesambeins. Das Röntgenbild zeigte eine Zweiteilung des tibialen Sesambeins am rechten Fuße, aber auch eine gleiche Zweiteilung am linken Fuße. Dieser Fall veranlaßte M. eine vor 1 Jahre beobachtete Fraktur eines Sesambeines der großen Zehe zu revidieren. Beim Abspringen vom Rade hatte ein Patient einen stechenden Schmerz im Fuße verspürt und nachher über Schmerzen unter dem Großzehenballen beim Gehen geklagt. Das Röntgenbild des kranken Fußes hatte eine Zweiteilung des tibialen Sesambeins ergeben, die als Fraktur gedeutet wurde. Eine Nachuntersuchung ergab, daß die Zweiteilung an beiden Füßen vorhanden, von einer Fraktur also nicht die Rede war. Bei einem Soldaten, welcher wegen einer Sehnenscheidenentzündung am Fuße in das Lazaret aufgenommen wurde, zeigte das Röntgenbild eine Dreiteilung des tibialen Sesambeines an beiden Füßen. Auf Grund dieses gehäuften Vorkommens von Teilung eines Sesambeines der großen Zehe hat M. die Röntgenbilder der vergangenen 2 Jahre durchgesehen und in weiteren 9 Fällen eine Zweiteilung eines Sesambeines, in weiteren 3 Fällen eine Dreiteilung und einmal eine Vierteilung gefunden. M. nimmt daher in den bisher publizierten Fällen von angeblicher Fraktur der Sesambeine das Vorhandensein einer angeborenen Zweiteilung an.

Joachimsthal.

F. Jurcić, Ein Fall von Hyperphalangie beider Daumen. (Arch. f. klin. Chir. Bd. 80. Heft 2. S. 562.) In dem von J. mitgeteilten Falle handelt es sich bei einer 42 jährigen Feldarbeiterin um eine Dreigliederung des rechten Daumens. Die Verbildung an der linken Seite der Patientin halte ich nach Analogie eines von mir publizierten Falles, den der Autor leider übersehen hat, nicht für eine Dreigliederung des Daumens, sondern für eine Verdoppelung des Zeigefingers bei Fehlen des Daumens.

Joachimsthal.

Bernhard Bauer, Eine bisher nicht beobachtete kongenitale hereditäre Anomalie des Fingerskeletts. (Zeitschr. f. Chir. Bd. 86. Heft 2—4. S. 252.) B. beobachtete bei einem 15 jähr. Patienten eine in der betreffenden Familie erbliche Verbildung beider kleinen Finger. Die Mittelphalanx erschien bedeutend verkürzt und von keilförmiger Gestalt mit ulnarer Basis. Bei der Röntgenuntersuchung ergab sich eine supernumeräre distale Epiphyse an der Phalanx und eine dreikantige Diaphyse.

Joachimsthal.

A. Babes, Chronische zystische Synovitis der Sehnenscheiden des gemeinsamen Streckers der Finger und des eigenen Streckers des Zeigefingers. (Spitalul. 1906. Nr. 15.)

Es handelte sich um eine an beiden Händen auftretende zystische Degenerierung der erwähnten Sehnenscheiden des Handrückens bei einem 16 jährigen Knaben. Die Krankheit hatte sich im Laufe von 6 Jahren ohne nachweisbare Ursache langsam entwickelt. Zuerst trat dieselbe links und ein Jahr später an der rechten Hand auf. Es bestanden von Anfang an Schmerzen bei Berührung und Bewegung, und haben sich letztere derart gesteigert, daß der Kranke vollkommen arbeitsunfähig geworden ist.

Die vorgenommene Operation bestand in Eröffnung der zystischen Sehnenscheiden, Resektion eines Stückes derselben und Vernähung mittels Katguts. Die Heilung erfolgte per primam. E. Toff (Braila).

M. Horn, Über Rheumatismus nodosus im Kindesalter. (Aus der Kinderabteilung des Kaiser Franz Joseph-Ambulatorium in Wien.) (Wiener klin. Wochenschrift. 1906. Nr. 47.) H. beschreibt einen interessanten Fall und kommt zu folgenden Schlüssen:

1. Der Rheumatismus nodosus ist eine auf rheumatischer Basis beruhende, fieber- und meist beschwerdefreie Erkrankung der sehnigen Gebilde und des Periostes, bei der es an verschiedenen Körperstellen, zumeist in der Nähe der Gelenke bilateral und symmetrisch zur Bildung von fibrösen Knötchen kommt.

2. Der Rheumatismus nodosus ist keine Erkrankung sui generis; tritt niemals primär sondern stets sekundär und nur bei rheumatischen Individuen als ein den anderen Manifestationen rheumatischer Infektion koordiniertes Symptom auf, gleichzeitig oder unabhängig von diesen.

3. Er befällt meist Kinder bis zur Pubertät, mit scheinbarer Bevorzugung des weiblichen Geschlechtes, deren Konstitution durch vorausgegangene rheumatische Erkrankungen geschwächt ist.

4. Der Rheumatismus nodosus ist stets von schweren Herzklappenveränderungen begleitet, die über kurz oder lang ad exitum führen. Den mit ihm komplizierten rheumatischen Erkrankungen muß deshalb eine gewisse Malignität zuerkannt werden.

5. Das Auftreten von Rheumatismus nodosus im Verlaufe von Erkrankungen mit unbekannter Ätiologie muß als pathognomonisches Zeichen für die rheumatische Natur derselben aufgefaßt werden.

Grätzer.

J. Comby (Paris), Anévrysme aortique rhumatismal chez une fille de quatorze ans. (Archives de méd. des enf. Sept. 1906.) Das betreffende $14\frac{1}{2}$jährige Mädchen hatte vor $3\frac{1}{2}$ Jahren einen schweren Gelenkrheumatismus durchgemacht, im Verlaufe dessen sich eine eitrige Periostitis der Tibia und eine Mitralisinsuffizienz entwickelt hatte. Erstere heilte rasch, während letztere zeitweilig zu schweren Erscheinungen Veranlassung gab. $2\frac{1}{2}$ Jahre später sah sie C. wieder infolge eines Anfalles von Erstickung, dyspnoischem Husten und Nasenbluten und konnte auf exakte Weise das Vorhandensein eines Aortenaneurysmas feststellen. Die Herzdämpfung war in beiden Richtungen bis auf das Doppelte der normalen Größe verbreitert, es bestand außer dem sichtbaren Spitzenstoße noch ein zweites pulsierendes Zentrum rechts vom Sternum, im zweiten Inter-

kostalraume, man fühlte das Heben der Aorta im Jugulum, der Kopf wurde bei jeder Systole bewegt, kurz über die Diagnose konnte kein Zweifel bestehen. Außerdem waren auch klare Symptome einer Aorteninsuffizienz vorhanden: Corriganscher Puls, Kapillarpuls, starkes diastolisches Geräusch über der Aorta usw. Da Syphilis ausgeschlossen werden konnte, so ist also der Fall ein unzweideutiges Beispiel eines Aneurysmas des Aortenbogens, das sich bei einem Kinde infolge von rheumatismaler Infektion entwickelt hatte.

Bemerkt wird noch, daß sich im Laufe dieser Krankheit auch eine schwere parenchymatöse Nephritis mit oftmals auftretender Hämaturie entwickelt hatte. Auf diesen Zustand war die eingeleitete Jodkaliumbehandlung von Vorteil. E. Toff (Braila).

H. Lomnitz, Über die Angina als Ausgangspunkt schwerer Erkrankungen. (Aus dem Stadtkrankenhause Dresden-Friedrichstadt.) (Medizin. Klinik. 1907. Nr. 2.) L. machte eine Zusammenstellung derjenigen Affektionen, die unter seinen Augen im Anschlusse an Angina entstanden, unter Ausschluß der Anamnese. Es wurden innerhalb der letzten 3 Jahre 151 Fälle von Angina beobachtet. Streptokokken fanden sich in 139 Fällen, davon 15 mal allein, 124 mal mit Staphylokokken zusammen, letztere fanden sich allein in 6 Fällen. Angina Vincenti lag 6 mal vor, davon trat nur 1 mal in der Folge eine Störung von seiten des Herzens auf. Alle anderen Erscheinungen dürften also auf Rechnung der Streptokokken bzw. Staphylokokken zu setzen sein.

Pathologische Erscheinungen überhaupt kamen 27 mal (17 % der Fälle) vor. Am häufigsten (14 mal) Störungen der Herztätigkeit, meist unter dem Bilde der Bradykardie. Es trat ein Absinken der Pulsfrequenz bis auf 45—60 Schläge ein, meist schon 2—3 Tage nach Ablauf des Fiebers einsetzend. Nach 5—7 Tagen kehrte die Herztätigkeit gewöhnlich wieder zur Norm zurück; nur 3 mal dauerte sie bei der Entlassung an. Systolische Geräusche an der Herzspitze wurden nur 3 mal gehört; niemals konnte dabei eine sichere Dilatation eines oder beider Ventrikel oder eine Verstärkung des zweiten Pulmonaltons festgestellt werden, Erscheinungen also, die zur Annahme einer Endokarditis berechtigt hätten. Nur 2 mal wurde Tachykardie beobachtet, das eine Mal nach vorausgegangener Bradykardie. Im ganzen besteht also hinsichtlich der Herzerscheinungen große Ähnlichkeit der Angina mit der Diphtherie und anderen Infektionskrankheiten, nur sind die Symptome in wesentlich schwächerem Maße entwickelt. Nach Analogieschluß wäre die Annahme leichter myokarditischer Veränderungen gerechtfertigt.

Der Häufigkeit nach folgen dann Nierenerscheinungen (9 Fälle). Mit Fieber einhergehende Eiweißausscheidung zeigte sich 2 mal, eigentliche Nephritis nach Ablauf des Fiebers 3 mal. Zwei dieser Nierenentzündungen gingen in zyklische Albuminurie über, die wochenlang andauerten und bei der Entlassung noch bestanden. Dann gab es ferner eine schwere akute hämorrhagische Nephritis. 4 mal akquirierten Nephritiskranke im Hause eine Angina, und diese übte jedesmal einen verschlimmernden Einfluß auf die Nierenentzündung aus.

Bei einem der Patienten trat unmittelbar im Anschluß an die Angina unter reichlicher Hämaturie eine Urämie ein, die zum Tode führte.

Nur 2 mal wurde ein Zusammenhang zwischen Angina und Gelenkrheumatismus gesehen, und zwar nur als Verschlimmerung bzw. Wiederaufflackern schon bestehender Prozesse. Endlich sind noch je ein Fall von Purpura rheumatica und Sepsis zu verzeichnen, letztere im Anschluß an einen Mandelabszeß auftretend. Grätzer.

T. Oshima, Über die am häufigsten in der Mundhöhle des Kindes normal vorkommenden Bakterien und über die Veränderungen, die durch dieselben hervorgerufen werden. (Archiv f. Kinderheilk. Bd. 45. Heft 1 u. 2.) Verf. legte sich folgende Fragen vor: 1. kommt Milchsäure in der Mundhöhle des Kindes vor und wodurch wird Milchsäure bedingt? 2. welche Bakterien kommen in der Mundhöhle des Säuglings vor? 3. welche Bakterien sind am häufigsten bei älteren Kindern? 4. welche pathologischen Veränderungen bedingen dieselben?

Auf Grund seiner Untersuchungen kommt er zu folgender Beantwortung:

1. Die Milchsäuregärung wurde am häufigsten in der Mundhöhle der Kinder nachgewiesen, welche im Alter von 3—6 Monaten standen und mit Kohlehydraten und Kuhmilch genährt wurden, obwohl die Gärung niemals an den Kindern gefunden wurde, die mit Frauen- oder Kuhmilch genährt waren. Welche Mundbakterien die Milchsäuregärung bedingen, konnte nicht sicher bestimmt werden, doch wurden in einigen Fällen mit positivem Nachweise von Milchsäure viele Leptothrixarten in der Mundhöhle nachgewiesen. In der Mundhöhle der fiebernden Kinder wurde immer die Milchsäuregärung nachgewiesen. Die Zahnung übt keinen großen Einfluß auf die Bildung der Milchsäure aus. Bei den mit alkalischer Butter- oder Frauenmilch genährten Kindern wurde niemals eine Spur von Milchsäure in der Mundhöhle gefunden.

2. Bei den durch die oben genannten Bakterien bedingten pathologischen Veränderungen fanden sich: Spirillen als Erreger der Entzündung des Zahnfleisches und der Geschwürsbildung des Zungenrandes, der Tonsillen und des Gaumens; Leptothrixarten als Erreger der Entzündung der Zunge, der Tonsillen und der Pharynxwand; Sarcina sehr selten als Erreger der Pharyngitis; Bacillus fusiformis als Erreger der Stomatitis ulcerosa; Jodococcus vaginatus oftmals bei Entzündung der Rachenwand und des Zahnfleisches.

3. In einigen Fällen waren mehrere pathologische Prozesse gleichzeitig vorhanden und zwar Stomatitis ulcerosa und Glossitis.

Hecker.

F. Monod, Behandlung der Angina. (Semaine médicale. 1906. Nr. 37.) An Stelle der Gurgelungen empfiehlt M. Duschen von Kohlesäurewasser. Zu diesem Zweck wird ein 25 cm langer Kautschukschlauch am Schnabel einer Syphonflasche festgebunden. Der Kranke kann die Dusche selbst applizieren: mit einer Hand hält er den Schlauch im Munde, mit der anderen öffnet er den Hahn des Syphons

und reguliert die Stärke des Strahles. Die Hälfte oder der vierte Teil eines Syphons genügt für eine einzelne Dusche, welche ein oder zweimal pro Stunde wiederholt wird. H. Netter (Pforzheim).

K. Thelmer (Wien), Zur Verwendung der Nebennierenpräparate bei den Erkrankungen des Nasenrachenraumes. (Mediz. Klinik. 1907. Nr. 7.) T. hat Renoformpulver als gutes diagnostisches Hilfsmittel bei adenoiden Wucherungen schätzen gelernt. Läßt man die Kinder etwas davon aufschnupfen oder bläst es mit einem Doppelgebläse durch ein Glasröhrchen ein, so retrahieren sich nach 2—3 Minuten die Muschelschleimhäute, und man kann mit dem Lichte nach hinten dringen und leicht die Diagnose stellen, ohne den Finger zu Hilfe nehmen zu müssen, was die Kinder stets kopfscheu macht, und ohne postrhinoskopisch zu untersuchen. T. hat bei einer größeren Anzahl von Kindern auf diese Weise die Vegetationen gefunden und sofort leicht die Operation vorgenommen, da die Kinder nicht durch vorhergegangene Manipulationen ungebärdig wurden. Grätzer.

J. Bokay (Budapest), Nouvelle note sur le traitement local des ulcérations du larynx. (Archives de méd. des enf. 1906. Nr. 2.) Der Verf. ist der Ansicht, daß die sekundären Tracheotomien nach Intubation um vieles eingeschränkt werden sollen, nachdem er zahlreiche Fälle zu verzeichnen hat, wo die O'Dwyerschen Tuben viel längere Zeit, als dies sonst üblich ist, vertragen wurden. Da eine länger fortgesetzte Tubenbehandlung zu Geschwürsbildung im Kehlkopfe führt, so benutzt B. nach einigen Tagen Bronzetuben, die etwas länger sind, die er mit einer dünnen Gelatineschicht umgibt und letztere mit Alaunpulver imprägniert. Andere haben zur Imprägnierung auch Ichthyol mit gutem Erfolge benutzt. Jedenfalls werden auf diese Weise die Tuben viel längere Zeit vertragen, und man entgeht der Notwendigkeit, sekundär die Tracheotomie vorzunehmen. Bei den 24 Fällen des Verf.s dauerte die Behandlung mit Ebonitröhren zwischen 91 und 294 Stunden und die darauf folgende mit präparierten Bronzeröhren zwischen 150 und $546^1/_2$ Stunden.

E. Toff (Braila).

M. Bérard, Thyreotomie und multiple Larynxpapillome bei Kindern. (Lyon médical. 1906, 11. Febr. S. 253.) Nach Erörterung der verschiedenen, über die histologische Natur dieser Neubildungen aufgestellten Ansichten und einer kritischen Würdigung der in den letzten 10 Jahren vorgeschlagenen Behandlungsmethoden, Tracheotomie mit und ohne Thyreotomie, endolaryngeale Operationen mit den Laryngoskop und Kilians direkte Methode, gibt B. einen Bericht über seinen Fall, der einen 9jährigen Knaben mit Papillomen der Stimmbänder und den vorderen Kommissur betraf. Die seit 3 Jahren bestehenden Symptome waren Heiserkeit und nächtliche Anfälle von Atemnot. B. machte eine primäre Thyreotomie ohne präliminare Tracheotomie. Die Wunde heilte per primam und die Stimme, anfangs noch heiser, besserte sich beständig, sodaß der Knabe nach 3 Jahren schon ein wenig singen konnte. Diese Papillome scheinen Verf. fast immer entzündlicher Natur zu sein; im vorliegendem Fall erweckte die starke kleinzellige Infiltration und der epithe-

loide Charakter gewisser Zellgruppen den Verdacht auf einen tuberkulösen Ursprung. Die Thyreotomie ohne Tracheotomie verlief in beschriebenem Falle ohne Gefahr, und der Autor hält die an anderen Operationen geäußerten Bedenken für übertrieben und die Gefahr einer Lungenkomplikation für geringer als bei den vielen Manipulationen durch die engen Vias naturales. Sorgfältig ausgeführte Inzision und Naht vermag ferner einer Schädigung der Stimme vorzubeugen. Die Kiliansche direkte Methode bietet große Vorteile, besonders zur Behandlung von Rezidiven, und wird wahrscheinlich die Methode der Zukunft werden, aber eine gewisse Zahl von Fällen wird der externen Operation reserviert bleiben, besonders die mit Obstruktion verbundenen, und für diese empfiehlt B. die primäre Thyreotomie.

H. Netter (Pforzheim).

Koellreutter, Zur Therapie der Larynxpapillome. (Monatsschr. f. Ohrenheilk. 1906. Nr. 11.) Zwei Fälle von Larynxpapillomen, welche trotz mehrmaliger gründlicher chirurgischer Entfernung der Tumormassen immer wieder rezidivierten. Im ersten Falle trat völlige Heilung nach Darreichung von Liquor arsenical. Fowl. ein, im zweiten wurde das Kehlkopfbild nach fortgesetzter Therapie mit Jodkalium ein normales. Die Erfahrungen über die Behandlungen der Larynxpapillome mittels interner Mittel sind bisher mehr als spärlich. Vielleicht, ja wahrscheinlich, hat auch in diesen beiden Fällen die operative Behandlung sehr zur Heilung beigetragen, das gute Endresultat hat sie schwerlich allein herbeigeführt. Bei der Trostlosigkeit der bisherigen Therapie bei rezidivierenden Larynxpapillomen muß jedes Hilfsmittel willkommen sein. Bei der gerade nicht großen Häufigkeit dieser Fälle hat Verf. es für wert gehalten, schon jetzt diese beiden zu veröffentlichen, um gegebenenfalls die Kollegen anzuregen, weitere Erfahrungen auf diesem Gebiete zu sammeln.

A. Sonntag (Berlin).

Georg Finder, Kehlkopfuntersuchung und einige hauptsächliche Kehlkopfkrankheiten bei Kindern. (Berl. klin. Wochenschrift. 1906. Nr. 45.) Man soll in jedem Fall, in dem eine Untersuchung des Kehlkopfes beim Kinde nötig ist — und sie soll in allen Fällen von Heiserkeit, besonders wenn diese andauernd ist, gemacht werden — zunächst die Spiegelung versuchen und wenn diese an der Widerspänstigkeit der Kinder scheitert oder aus anderen Gründen nicht durchführbar ist, zu der direkten Besichtigung übergehen. Ob man diese mit dem Kirsteinschen Spatel oder einem Kilianschen röhrenförmigen Instrument vornimmt, hängt von der persönlichen Liebhaberei und Übung des Arztes ab. Für die Vornahme endolaryngealer operativer Eingriffe haben die autoskopischen Methoden bei der Anwendung des Spiegels den Vorzug, daß die fortwährende Beschmutzung der Spiegelfläche durch emporgehustetes Blut und Sekret fortfällt.

Von den Kehlkopfkrankheiten der Kinder wurden besprochen: der kongenitale Larnyxstridor, die akute und chronische Laryngitis, speziell die im Kindesalter so häufige Laryngitis nodosa, der gegenüber alle therapeutischen Maßnahmen überflüssig sind, die aber ge-

wöhnlich im Pubertätsalter von selbst verschwindet, und die Papillome. Die Frage, ob man diese durch endolaryngeale Eingriffe oder durch Operation von außen her (Laryngofissur) entfernen soll, scheint heute zugunsten der ersteren Methode entschieden. Finder (Autoreferat).

H. Haase, Über eine Epidemie von hysterischem Laryngismus. (Wiener med. Presse. 1906. Nr. 22.) H. erlebte diese Epidemie in einem Wiener Waisenhaus, welches 36 Mädchen von 6—16 Jahren beherbergt. Es erkrankten plötzlich etwa ein Dutzend derselben an Husten. Derselbe erinnerte lebhaft an Pertussis, wich aber in mancher Weise davon ab. Der Husten wurde immer intensiver, immer mehr Kinder wurden befallen. Eines Tages verlor ein Mädchen diesen Husten, es fing aber dafür rhythmische bellende und heulende Töne auszustoßen an, und noch am gleichen Tage bellten und heulten auch die anderen Mädchen in gleicher Weise. Es gesellten sich Schwächezustände und Mattigkeit, sowie hochgradige Reizungen im Nervengebiete hinzu, welche den Verdacht des neuropathischen Charakters der Affektion noch bestärkten. Prof. Kassowitz, der hinzugezogen wurde, nahm sich jedes Mädchen einzeln vor, beruhigte sie, machte ihnen dabei energisch das häßliche dieser tierischen Laute klar, mahnte und drohte, und sehr bald waren die Mädchen von ihrem Leiden befreit. Grätzer.

L. Ballin, Zur Ätiologie und Klinik des Stridor inspiratorius congenitus. (Jahrb. f. Kinderheilk. Bd. 62. Heft 6.) Entgegen den Befunden Hochsingers, die sich alle nur auf röntgographische Untersuchungen stützen, ergaben zwei Sektionen von Kindern, die an typischem Stridor inspiratoris congenitus litten, direkt kleine Thymen und keine Spur von Hypertrophie. Für solche Fälle muß also die Annahme eines Stridor thymicus im Hochsingerschen Sinne abgelehnt werden. Dagegen fand sich in zwei Fällen eine abnorme Bildung des Kehlkopfs — Kleinheit des ganzen Organs und starke Verengerung des Aditus laryngis. Ob diese Anomalie auf eine primäre Verbildung des Kehlkopfs oder auf eine Koordinationsstörung mit sekundärer Formveränderung des Kehlkopfes zurückzuführen ist, bleibt unentschieden. Hecker (München).

Herm. Cohn (Berlin), Ein Fall von Tracheostenose und plötzlichem Tode durch Thymusschwellung. (Deutsche med. Wochenschr. 1906. Nr. 35.)

C. wird zu einem 8 Monate alten Kinde gerufen wegen krampfartiger Anfälle, die seit 2 Tagen sich zeigen; auch soll das Kind seit 4 Wochen etwas schweratmig sein, und diese Schweratmigkeit in den letzten 14 Tagen unter unregelmäßigem Fieber an Intensität zugenommen haben.

C. findet ausgesprochen stenotische Atmung. Bei der Einatmung deutliche inspiratorische Einziehungen der seitlichen unteren Thoraxflächen; rhythmisch bei der Atmung, besonders im Exspirium, über dem Jugulum und besonders auf der linken Seite des Halses polsterartige Schwellungen hervortretend.

Keine diphtheritische Stenose, kein Retropharyngealabszeß, Hals und Nase frei, im Rachen nichts, keine akuten Zervikaldrüsenschwellungen; Kopf frei beweglich, Husten nicht laryngeal, nicht bellend; diffuse Bronchitis. Bei Palpation der unteren Halspartien hatte C. in der Fossa jugularis das Gefühl, als ob sich vom Mediastinum her bei der Atmung eine Resistenz nach oben verschiebe; bei der Perkussion fand sich über dem oberen Teile des Sternum eine starke Däm-

pfung, die das Sternum nach beiden Seiten etwas überschritt und bis zur Höhe der 3. Rippe reichte. Temp. 38,8°, Puls 140.

Diagnose: Atmungsstörung durch Thymusschwellung. Ordination: Jodtinkturpinselung, hydropathische Umschläge, Ipecacuanha.

Befund am nächsten Tage unverändert. C. beobachtete einen der jetzt alle 2—3 Stunden wiederkehrenden Anfälle: Das Kind beginnt plötzlich ängstlich zu wimmern, mit den Händen um sich zu schlagen, der vorher volle und kräftige Puls wird sehr klein, fadenförmig und sehr beschleunigt (über 200), die Lippen werden immer blauer bis tiefzyanotisch; auf diesem Höhestadium der Asphyxie verharrt das Kind wenige Sekunden, dann erholt es sich allmählich, und nach 2 Minuten ist alles vorbei. Temp. 40° in ano.

In der nächsten Nacht wird das Kind tot im Bett vorgefunden. Die Sektion deckte einen Abszeß der Thymus auf, die in einen kleinapfelgroßen Eitersack verwandelt erscheint.

Der Fall zeigt zunächst, daß Tracheostenose durch Thymusschwellung möglich ist, daß aber der Druckwirkung vor allem die großen Gefäße unterliegen. In welcher Weise, geht aus obiger Schilderung hervor. Ob nicht manche der „plötzlichen Todesfälle“ auch nicht ohne Vorboten eingetreten sind, ob nicht auch bisweilen leichtere Anfälle obiger Art vorausgingen, die bloß nicht genügend beachtet wurden! Jedenfalls ist der Tod durch Thymushypertrophie eher die Folge des Druckes auf die Gefäße, als des Druckes auf die Trachea.

Grätzer.

C. A. Asburg, Fremdkörper im rechten Bronchus. (Laryngoscope. Dezember 1906.) Der aspirierte Fremdkörper, eine breitköpfige Nadel, wurde bei einem 4jährigen Kinde mit Hilfe der Röntgendurchleuchtung festgestellt und unter Chloroform mit dem Kilianschen Bronchoskop entfernt, das man durch den Tracheotomiewunde eingeführt hatte. Nach einer Woche wurde die Kanüle herausgenommen. Das Kind genas.

H. Netter (Pforzheim).

Guisez (Paris), Remarque à propos d'un sixième cas d'extraction de corps étrangers bronchiques par la bronchoscopie supérieure. (Revue mens. des malad. de l'enfance. Jan. 1907.) Der Verf. beschreibt einen neuen Fall, bei dem es ihm gelungen ist auf natürlichem Wege durch das Bronchoskop einen in die Bronchien gelangten Fremdkörper zu extrahieren, und hebt die Vorteile dieser Methode gegenüber der Thorakotomie hervor.

In dem betreffenden Falle handelte es sich um einen $5^1/_2$ jährigen Knaben, welchem das Mundstück einer Kindertrompete in den rechten Bronchus gelangt war und dort einerseits durch das Röntgenbild und andererseits durch das musikalische Geräusch, welches dasselbe beim Atmen zu hören gab, nachgewiesen werden konnte. Sowie die Röhre des Apparates bis zum Fremdkörper eingeführt wurde, konnte dasselbe mit einer speziellen Pinzette gefaßt und mitsamt dem ganzen Apparate extrahiert werden. In Chloroformnarkose bietet das Einführen des Bronchoskops keine besonderen Schwierigkeiten dar, gewisse Stellen lösen, trotz tiefer Narkose, Hustenstöße aus, was durch Kokaineinpinselungen mit Leichtigkeit bekämpft werden kann.

E. Toff (Braila).

Dumas, Les inhalations d'oxygène dans les bronchopneumonies infantiles. (Thèse de Lyon. 1906.) Die Behandlung der Bronchopneumonie bei Kindern steht noch bei weitem nicht auf

so festen Füßen, als daß man nicht jede Verbesserung und Erweiterung derselben mit Freude begrüßen sollte. Namentlich ist es das Symptom der Dyspnoe, welchem man meist machtlos gegenübersteht, und für dasselbe dürfte die Behandlungsweise des Verf.s mittels Inhalationen von Sauerstoff von besonderem Vorteile sein. Doch wirken dieselben nicht nur symptomatisch auf den Luftmangel, sondern auch auf den ganzen Zustand des Patienten. Das Angstgefühl, die Cyanose und die krampfhaften Inspirationen verschwinden, um einem Ruhezustand Platz zu machen, und die kleinen Patienten schlafen meist nach der Inhalation ruhig ein. Der Puls wird voller und regelmäßiger, und auch die Zahl der Atemzüge in der Minute nimmt in erheblichem Maße ab. Es scheint, daß der Sauerstoff auch lokal auf die Infektion der Luftwege in kurativer Weise einwirkt.

Bei größeren Kindern ist die Administration des Mittels sehr leicht, nur kleinere Patienten müssen erst mit dem Saugstücke gewöhnt werden, worauf sie dann dasselbe oft selbst verlangen.

Die Menge des zu verwendenden Sauerstoffes beträgt 30—100, oft auch bis 200 l in 24 Stunden. Man scheue größere Dosen nicht, da dieselben ganz ungefährlich sind. Die Inhalationen können während der Nacht ausgesetzt oder fortgesetzt werden, je nach dem Zustande des Kranken und dem Grade der Erkrankung.

Der Verallgemeinerung dieser Behandlungsweise dürfte sich der Kostenpunkt entgegenstellen, namentlich in der Privatpraxis, wo etwa 3—3,50 Fr. pro Tag für die notwendige Gasmenge zu verausgaben wären. Im Krankenhause aber könnte man die Kosten von 100 l Sauerstoff auf etwa 50 Centimes ansetzen. E. Toff (Braila).

E. Cohn-Kindborg, Über Heißlufttherapie bei Emphysem, chronischer Bronchitis und Asthma bronchiale. (Aus der Mediz. Univers.-Poliklinik in Bonn.) (Berliner klin. Wochenschrift. 1906. Nr. 41.) Verf. hatte sich davon überzeugt, daß durch Erhitzung der Thoraxoberfläche eine intensive Blutableitung, eine Entlastung der Lunge zustande kommt, und suchte dies bei Fällen, wo eine Blutentlastung der Lunge angezeigt erschien, therapeutisch zu verwerten. Ein von der Firma Eschbaum hergestellter, den ganzen Thorax umfassender Heißluftkasten, der an den Öffnungen für Kopf, Rumpf und Arme mit Filz abgedichtet und über einem Stuhl mit Rückenlehne in beliebiger Höhe verstellbar ist, wurde benutzt (der Apparat ist so verstellbar, daß auch Kinder bis zu 6 Jahren herab ihn benutzen können; es werden aber noch Kästen von verschiedener Größe hergestellt werden). Dauer der Sitzung 1 Stunde, Erhitzung bis zu 80° C.

Die therapeutischen Erfolge waren recht befriedigend. Unter 12 Fällen von Emphysem und chronischer Bronchitis, meist Kombinationen beider, 11 mal sehr günstige Beeinflussung der Erscheinungen. 5 Fälle von Asthma bronchiale (darunter 4 Kinder), alles recht schwere Fälle, wurden ebenfalls günstig beeinflußt, sowohl was die subjektiven, als auch was die objektiven Symptome betrifft: z. B. subjektive Erleichterung der Atemnot, Verschwinden des Stridors, erheblicher Rückgang des Volumen pulmonum auctum, Zunahme der Vitalkapazität der Lungen, Nachlassen des Hustens und Auswurfs usw. Grätzer.

Bosc (Roche-Guyon), Pneumonie franche débutant par un accès de faux-croup. (Revue mensuelle des maladies de l'enfance. Juin 1906.) Die stridulöse Laryngitis ist bei Kindern oft der Anfang einer allgemeinen oder lokalen Krankheit, so z. B. sind die Anfälle von falschen Krupp bekannt, welche am Anfange gewisser Masernerkrankungen auftreten. Ähnliches kann auch bei Bronchitis und Pneumonie beobachtet werden. In letzterer Beziehung gibt der Verf. die Krankengeschichte eines 6 $^1/_2$ Jahre alten Kindes, bei welchem eine lobäre Pneumonie mit kruppösen Anfällen begonnen hatte, so daß man schon auf dem Punkte war, die Intubierung vorzunehmen.

E. Toff (Braila).

Clinciu und **V. Popescu** (Bukarest), Influenza kompliziert mit Lungengangrän und nachfolgendem Pyopneumothorax. (Spitalul. 1906. Nr. 4.) Der Fall, einen 15 jährigen Knaben betreffend, bot Interesse sowohl durch die ungewöhnliche Komplikation, als auch durch die Raschheit, mit welcher die verschiedenen Erscheinungen aufeinander folgten, dar. Von Beginn der Erkrankung bis zum Exitus letalis vergingen nur 5 Wochen, und wurde bei der Nekropsie eine nußgroße gangränöse Stelle in der rechten Lunge und rechtsseitiger Pyopneumothorax gefunden. Im gangränösen Herde fand man Staphylokokken, Streptokokken und Saprophyten, hingegen waren im Sputum während des Lebens nur Pfeiffersche Bazillen nachweisbar, da es zu einer Expektorierung der gangränösen Massen noch nicht gekommen war.

E. Toff (Braila).

Kučera, Zwei Fälle von Tracheobronchitis hervorgerufen durch den Mikrococcus catarrhalis. (Przeglad lekarski. Nr. 28 ex 1906.) Ein 18 jähriges Mädchen erkrankte unter Fiebererscheinungen (39,5 ° C.), Kopfschmerzen und leichtem Bronchialkatarrh. Widal negativ. In der zweiten Woche geringe Milzschwellung. Mangels sonstiger Daten wurde Influenza konstatiert, die Wirkungslosigkeit des Aspirin fiel aber schon damals auf.

Paar Tage darauf erkrankte ein 3 jähriges, durch die Obgenannte gepflegtes Kind, an ebensolchen, jedoch seitens des Respirationstraktus bedeutend intensiveren Erscheinungen; auch hier wurde Influenza angenommen. Das beim Kinde untersuchte Sputum hatte makroskopisch ein mukopurulentes Aussehen, mikroskopisch aber statt des sonst bei akutem Katarrh vorzufindenden Bildes, sah man Diplokokken, die sich nach Gram färbten, und welche auf Agar oder Aszitesflüssigkeit übertragen, fast Reinkulturen von Mikrococcus catarrhalis darboten.

K. hebt die Ähnlichkeit dieses Mikrococcus mit dem Mikrococcus meningitidis intrac. hervor, und betont, daß man bei der Differentialdiagnose sich mit der Gramschen Methode nicht zufrieden geben soll.

Es scheint zweifellos, daß dieser Diplococcus Ursache der Krankheit des Kindes war, ex post muß man ihn auch als Erreger des Leidens des Mädchens ansehen. K. glaubt, daß solche Fälle ziemlich oft vorkommen, und zwar dann, wenn keine ausgesprochenen Influenzaerscheinungen vorhanden sind, und doch keine Basis für eine anderweitige Diagnose gegeben ist. Speziell trifft das bei Kindern

zu, woselbst wir diesen Mikrococcus catarrhalis häufiger finden als bei Erwachsenen. Eine ähnliche Epidemie trat bei Säuglingen im St. Annen-Spital in Wien im Oktober v. J. und Jänner d. J. auf.

Gabel (Lemberg).

M. Rostowzew, Über das Epidemische der Perityphlitis und über die Beziehung derselben zur Grippe und den anderen Infektionskrankheiten. (Beilage der St. Petersb. med. Wochenschr. 1906. Nr. 25.) Entsprechend den Anweisungen Golubows nahm R. „große Zahlen“ statistischer Angaben zweier großer städtischer Hospitäler Petersburgs und kam auf Grund dieses Materials zur Überzeugung, daß die Furcht vor der Perityphlitis absolut unbegründet ist, da eine progressive Verbreitung derselben durchaus nicht festzustellen ist. Die größere Häufigkeit ist nur eine scheinbare und dadurch zu erklären, daß die Ärzte sie besser kennen und leichter diagnostizieren als früher. Diese Krankheit ist auch im Publikum daher „modern“ geworden, wofür die Gründung verschiedener Appendizitisklubs und der Versicherungsgesellschaften gegen Appendizitis spricht. Die Theorie über die epidemische Verbreitung ist nur auf allgemeine Eindrücke begründet und kann durch statistische Ziffern widerlegt werden. Die ätiologische Rolle der Influenza ist eine höchst geringe und hinterläßt kaum irgendwelche Spuren, da diese Fälle sich in der allgemeinen Masse verlieren; dasselbe gilt von den übrigen Infektionskrankheiten auch.

H. Netter (Pforzheim).

Luigi Concetti (Rome), L'appendicite avec symptomatologie à gauche. (Archives de méd. des enfants. Decembre 1906.) Der Verf. bestätigt das, namentlich von Senglave in seiner Inauguraldissertation (Monpellier 1906) beschriebene Vorkommen von Appendizitis mit hauptsächlicher Lokalisation der Symptome links und führt zwei Fälle eigener Beobachtung, ein 3 und ein 6 jähriges Kind betreffend, an, von denen letzteres nach vorgenommener, wiederholter Laporatomie und nach Entleerung verschiedener Eiteransammlungen, genas. In beiden Fällen wurde eine Nekrose des Wurmfortsatzes mit Austritt infektiöser Stoffe in den Bauchraum gefunden, wodurch keine lokale Infektion, sondern eine rasche, akute Entzündung der ganzen peritonealen Serosa, mit hauptsächlicher Lokalisation der pathognomonischen Erscheinungen in der linken Bauchseite, bewirkt wurde.

In solchen Fällen ist ein chirurgischer Eingriff unbedingt notwendig und muß immer der Zustand des Wurmfortsatzes festgestellt werden, da sonst, trotz antiseptischer Waschungen, infolge Fortbestehens der pathogenen Ursache, d. h. des Ergusses fäkaler Massen in den freien Bauchraum jede Genesungshoffnung zunichte gemacht wird.

Bei beiden obenerwähnten Fällen wurden Koprolithen im Wurmfortsatze gefunden, welche wahrscheinlich die Ursache des nekrotischen Prozesses waren.

E. Toff (Braila).

Giovanni Setti, Primärer, rasch zum Tode führender und eine Perityphlitis vortäuschender Psoasabszeß. (Gezz. degli osped. e delle cliniche. 1906. 25. Febr.) 8 jähriger Knabe eines

syphilitischen Vaters mit $2^1/_2$ Jahren Pertussis, mit $3^1/_2$ Jahren Masern, kräftiges Kind. Am 19. September 1901 stürzte es, mit einem schweren, an den Schultern befestigten Tragkorb zu Boden, auf die rechte Flanke. In der Nacht vom 19. zum 20. September Leibschmerzen, worauf die Mutter am folgenden Morgen eine Dosis Rizinusöl gab. Danach harter, schwärzlicher, übelriechender Stuhl mit 6 Askariden darunter. In der folgenden Nacht innerlich Leibschmerzen, unten und rechts in das Bein ausstrahlend. Bei Druck in die Fossa iliaca leichte Schmerzhaftigkeit. Hüftgelenk frei, kein Fieber. Calomel mit Scamonium. Während der nächsten 3 Tage Zustand befriedigend. Am 25. September, am 6. Krankheitstag, 39,2, rechtes Bein gegen das Becken gebeugt, beim Schreien heftige Schmerzen, Leib aufgetrieben, Défense musculaire in der Ileocoecalgegend. Am 26. hat sich der Schmerz in das Hypogastrium ausgebreitet, dabei Dysurie und andauerndes Fieber. Meteorismus und Leibschmerzen steigern sich immer mehr. Jetzt wird ein Tumor in der rechten Fossa iliaca fühlbar. Beide Beine im Hüftgelenk gebeugt. Anorexie, Nausea, Delir, Konvulsionen. Am 27. teilt man der Mutter mit, daß es sich um eine eitrige Perityphlitis handelt. Tod am 1. Oktober.

Autopsie: Appendix normal, Coecum kongestioniert, kein Eiter in der Bauchhöhle; Musculus ileo-psoas in seinem mittleren Teil geschwollen. Auf eine Inzision in dieser Gegend entleeren sich 200 g Eiter. Weder am knöchernem Becken noch an den Wirbeln irgend eine krankhafte Veränderung. H. Netter (Pforzheim).

Ch. Leroux, Pneumonie und Appendizitis. (Société méd. chir. de Paris. April 1906.) Ein 5 jähriges Kind wird plötzlich von Fieber, Erbrechen, Schmerzen in der rechten Bauchseite, Aufblähung usw. befallen. Der Vater, selbst Arzt, hält die Erkrankung für eine akute Appendizitis. Aber das Kind hat ein Oppressionsgefühl, der Schmerz ist ein diffuser, ohne genaue Lokalisation, ohne Défense musculaire. L. hält den Zustand für eine pseudoappendikuläre Pneumonie. Der Verlauf gab ihm Recht. — Ein 12 jähriges taubstummes Kind wird am 18. Dezember 1905, 5 Uhr abends, von Frost und Fieber und Erbrechen befallen. Im rechten Hypochondrium besteht Schmerz. Temperatur 39,5, Puls 120. Am folgenden Tag findet L. den Kranken von Oppressionsgefühl befallen, ohne Husten, mit 40,2 und 130 Pulsen. Am Thorax keine physikalischen Zeichen, Leib jedoch aufgebläht, zwischen Leber und Appendixgegend Druck schmerzhaft, leichte Défense musculaire. Man hält den Zustand für eine Pneumonie des rechten Unterlappens „mit abdominalem Seitenstechen". Gleichwohl wird auf den Leib Eis appliziert. Abends 40,5; am folgenden Tag Röhrenatmen unterhalb des Skapularwinkels. Leib immer schmerzhaft mit Défense musculaire am Mc Burneyschen Punkt. In der Annahme einer konkomitierenden Appendizitis Überführung in das Hospital. Per rectum fühlt man einen rundlichen Tumor, Puls 140, Neigung zum Kollaps. Bei der Operation zeigt sich eine eitrige Peritonitis mit perforierender Appendizitis. Tod. Autopsie: Pneumonie der zwei unteren Drittel der rechten Lunge, abgesackte eitrige

Peritonitis. Wahrscheinlich hatte der Kranke eine leichte Appendizitis, die durch das Hinzutreten der Pneumonie von neuem angefacht wurde. Wenn also die Pneumonie mit abdominalem Seitenstechen für eine Appendizitis imponieren kann, so kann die Appendizitis sich in gleicher Weise mit einer Pneumonie komplizieren.

H. Netter.

E. Patry, Akute generalisierte Pneumokokkenperitonitis. (Revue médicale de la Suisse romande. 1906. 20. Mai.) Das 5jähr. Mädchen hatte bereits mehrere Male an Vaginitis gelitten. Am 20. August 1904 wurde es plötzlich nachmittags von heftigen Leibschmerzen und Erbrechen befallen. Ein zwei Tage darauf herbeigerufener Arzt diagnostizierte eine Peritonitis und überwies das Kind dem Hospital. Puls 136, Temperatur 39°, Facies abdominalis, Leib ballonartig, Défense musculaire. Da die Schmerzen besonders in die rechte Seite lokalisiert wurden, nahm man eine appendikuläre Peritonitis an und schritt um 8 Uhr abends zur Operation, $4^1/_2$ Tage nach Beginn der Erkrankung. Bei der Eröffnung des Leibes flossen etwa 150 g einer geruchlosen seropurulenten Flüssigkeit ab. Das Peritoneum hyperämisch, Darmschlingen gebläht und mit Pseudomembranen bedeckt. Zur leichteren Freilegung eines entzündlichen Pakets in der rechten Fossa iliaca wird ein zur ersten Inzisionswunde perpendikulärer Schnitt gemacht. Resektion eines für den Appendix gehaltenen Organs. Toilette der Bauchhöhle. Seruminjektion. Nach einigen Tagen entwickelte sich, während die Dinge im Unterleib sich günstig gestalteten, eine linksseitige Unterlappenpneumonie mit folgender Pleuritis der rechten Seite. Beim Verbandwechsel am 19. September stößt sich ein Paket brandigen Gewebes ab, dem die Entleerung von 20 g Eiter folgte. Andauerndes Fieber, Leibschmerzen, am 8. Oktober Erbrechen von Galle im Eiter. Von da ab Besserung und schließliche Heilung. Das für den Appendix gehaltene Organ waren das rechte Ovarium und ein Teil der Tube. H. Netter.

Oppenheimer, Über die Anwendung von Sonnenbädern bei Peritonitis tuberculosa. (Zeitschr. f. physik. u. diätet. Ther. Bd. X. Heft. 10.) Der Verf. hat bei 2 Fällen von tuberkulöser Peritonitis mit großem Erfolg Sonnenbäder angewandt. Der Leib wurde zusehends weicher; der Leibesumfang ging erheblich zurück; das Körpergewicht nahm zu und das ganze Aussehen der Kinder veränderte sich auf das günstigste. Während vor Beginn der Sonnenbäder die Kinder das Bild von Schwerkranken dargeboten hatten, genügten wenige Bäder, um das Bild von Grund aus zu verändern. Auf welche Weise die günstige Wirkung der Besonnung zustande gekommen ist, vermag der Verf. nicht anzugeben; er vermutet, daß durch die starke Erwärmung eine Hyperämie des Peritoneums erfolgt, also etwas Analoges, wie bei der Laparotomie, deren Heileffekte bei dieser Krankheit bekannt sind. Wenn dies richtig wäre, so würden sich für die Anwendung von Sonnenbädern die gleichen Indikationen ergeben wie für die Biersche Stauung. Freyhan (Berlin).

Wilczynski, Cytologische Untersuchungen der pleuritischen, peritonitischen Ex- und Transsudate sowie des

Liquor cerebro-spinalis. (Gazeta lekarska. 1906. Nr. 4 u. 5.) Im Liquor cerebro-spinalis findet man bei Meningealtuberkulose Lymphozytose, wogegen bei epidemischer Genickstarre neutrophiles Sediment zu konstatieren ist, bei anderen akuten Infektionskrankheiten enthält der Liquor cerebro-spinalis keinerlei morphotische Elemente. Bei Gehirnlues finden wir entweder reine Lymphozytose oder mit neutrophiler Beimengung. In 70% Fällen von Tabes wurde Lymphozytose beobachtet. Erythrozytose kommt bei frischen Gehirnhämorrhagien vor.

Dort wo Verdacht auf eine Affektion von Gehirn und Rückenmarkshäuten vorhanden ist, soll der Liquor cerebro-spinalis untersucht werden.

Abgesehen davon, daß Lumbalpunktion der einzige rationelle therapeutische Eingriff bei epidemischer Genickstarre ist, ist sie zugleich ein wichtiges differentialdiagnostisches Hilfsmittel. Gabel (Lemberg).

Dufour, Die Behandlung der chronischen Pleuritis mit Punktion und Luftinjektion. (Société médicale des hôpitaux in Paris, 12. Okt. 1906; Semaine médicale. 1906. Nr. 43.) Bei der Patientin, welche seit ungefähr 6 Monaten an Pleuritis litt, waren 6 Punktionen bereits vorgenommen worden, doch hatte sich das Exsudat nach jeder Punktion erneuert. Bei jeder Punktion konnten niemals mehr als $1^1/_2$ Liter entleert werden, weil sich sonst Intoleranzerscheinungen, Atemnot, Oppression usw. einstellten, wahrscheinlich bedingt durch Adhäsionen, welche eine Erweiterung der Lungen hinderten. Bei einer 7. Punktion wurde, sobald Intoleranzerscheinungen sich meldeten, Luft durch eine neben dem Troikart eingestochene Lumbalpunktionsnadel mit Hilfe eines Gebläses von einem Thermokauter injiziert, im ganzen $1^3/_4$ Liter. Auf diese Weise gelang in einer einzigen Sitzung die Entnahme von $3^1/_2$ Liter Exsudat ohne das Dazwischentreten von Intoleranzerscheinungen. Die Kranke wurde vollständig hergestellt. Die Injektion von Luft ist auch das einzig wirksame Verfahren zur Vermeidung des Lungenödems, wie es während einer Punktion der Pleurahöhle vorkommt. — Vaquez betont zunächst im Anschluß an den Vortrag von D., daß Gaseinblasungen in zweifacher Weise wirken können: Sie wirken bei Tuberkulose mechanisch durch Immobilisation der Lunge infolge des künstlichen Hydropneumothorax und erleichtern bei Pleuraergüssen die Resorption und verhüten eine Wiederkehr. Bei akuten Pleuritiden vermag das Verfahren die Entwicklung der Krankheit abzukürzen und das Auftreten von Rezidiven hintanzuhalten. In einem Falle von akuter tuberkulöser Pleuritis, die wiederholte und immer häufigere Punktionen nötig machte, wurde durch eine intrapleurale Injektion von Stickstoff Heilung erzielt. Identische Resultate lassen sich bei sehr chronischer Pleuritis, die 8 oder 10 Punktionen nötig machten, erzielen. Die Wirkung des Gases ist eine rein mechanische, es immobilisiert die Lunge und verhütet eine allzu brüske Entspannung der Lunge, wie sie bei Punktionen vorkommen. Zu den Injektionen eignet sich am besten ein langsam resorbierbares Gas. Darum ist der Sauerstoff ungeeignet. Am besten verwendet man den Stickstoff, der indifferent und schwer resorbierbar ist. In mehreren Fällen konnte er noch

einige Monate nach der Injektion in der Pleurahöhle nachgewiesen werden. Die gleichzeitige Injektion von $1^1/_2$ Liter Stickstoff ermöglicht die Entleerung großer Pleuraergüsse in einer Sitzung ohne das Dazutreten übler Nebenwirkungen. Achard hat sich der hier empfohlenen Methode wiederholt mit Vorteil bedient. H. Netter.

Graude, Il riassorbimento del liquidio pleurico col massaggio addominale. (Rivista Internazionale di Terapia Fisica. Bd. VII. Nr. 5. 1. Mai 1906.) Verf. hat schon in einer früheren Arbeit den guten Einfluß der abdomnialen Massage auf die Diurese betont und einen Fall von Pleuritis serosa, geheilt durch abdominale Massage, veröffentlicht. Jetzt fügt er einen zweiten Fall hinzu. Die absolute Dämpfung reichte hinauf bis zur Spina scapulae; die Urinmenge betrug 600 ccm täglich. Sie stieg nach eintägiger Bauchmassage auf 1200 ccm und erreichte nach 7 Tagen 2000 ccm. Die Massage wurde 2 mal täglich je 10 Minuten lang ausgeübt. Nach 18 Tagen konnte Patient als völlig geheilt entlassen werden.

Fischer-Defoy (Kiel).

H. Dreesmann, Saugbehandlung bei eitriger Pleuritis. (Aus dem St. Vincenzkrankenhaus Köln.) (Medizin. Klinik. 1906. Nr. 32.) In 2 Fällen bei Kindern hat D. eine sehr einfache Vorrichtung angewandt, die sich bewährt hat und den Anforderungen vollauf entspricht. In einer etwas gewölbten Aluminiumplatte von 5 cm Durchmesser ist in der Mitte eine metallene Kanüle eingesetzt von 0,75 cm Durchmesser. Diese Kanüle ragt auf beiden Seiten 1,5 cm vor. Die Aluminiumplatte selbst ist auf beiden Seiten mit gutem Gummistoff überzogen und muß dieser die Aluminiumplatte rings herum um 10 cm überragen. Auf das auf der konkaven Seite vorhandene Ende der Kanüle wird ein beliebig langes Gummidrain aufgesetzt, welches in die Pleurahöhle zu liegen kommt. Auf das andere Ende der Kanüle kommt gleichfalls ein Gummidrain, an das eine Saugspritze angesetzt wird. Der Gummistoff wird angefeuchtet und mit einer Binde um den Thorax befestigt. Saugt man nun mit der Spritze die Luft aus der Pleurahöhle, so legt sich der Gummistoff fest an den Thorax an und verhindert ein Eindringen der Luft in die Pleurahöhle. In letzterer wird ein negativer Druck hergestellt von beliebiger Größe, der Eiter wird entfernt und die Lunge zur Entfaltung veranlaßt. Vor Abnahme der Saugspritze wird das äußere Gummidrain mittels einer Klemme zugequetscht, die am Verband durch eine Nadel befestigt werden kann.

Auf diese Weise erzielen wir in der erkrankten Pleurahöhle einen negativen Druck, der dauernd erhalten und beliebig verstärkt werden kann ohne Belästigung für den Patienten. Es ist ohne weiteres einleuchtend, daß die Wirkung dieser Saugbehandlung um so besser ist, je frühzeitiger sie eingeleitet wird, bevor schon dicke Schwarten die Lunge an ihrer Entfaltung hindern, oder dieselbe ihre Elastizität eingebüßt hat. In diesen Fällen dürfte ein dreimaliges Ansaugen am Tage genügen. Grätzer.

Tisserand und **Truchet,** Pleuritis purulenta posttyphosa, Bacillus Eberth in Reinkultur. Zwei Probepunktionen; spontane Resorption; Heilung. (Loire médical. September 1906.)

Schon Achard hatte auf die anscheinend fehlende Tendenz zur Allgemeininfektion bei der posttyphösen eitrigen Pleuritis hingewiesen und den Rat gegeben, sich zu einem chirurgischen Eingriff Zeit zu nehmen und eine Besserung des Allgemeinzustandes erst abzuwarten. Die Beobachtung von T. und T. scheint zu lehren, daß eine eitrige posttyphöse Pleuritis sich spontan resorbieren kann, nicht nur ohne Pleurotomie, die von den meisten Autoren bisher für nötig und für den einzig wirksamen therapeutischen Eingriff gehalten wurde, sondern sogar ohne eine evakuatorische Punktion. Während der Rekonvaleszenz von einem normalen Typhus traten bei den Kranken der beiden Verff. die Zeichen einer Pleuritis diaphragmatica auf, eine Probepunktion ergab dichten, gelatinösen, leicht rosafarbenen Eiter, der den Eberthschen Bazillus in Reinkultur, mit ziemlich hohem Agglutinationsvermögen enthielt. Eine 7 Tage später vorgenommene Punktion lieferte nur eine sero-sanguinolente Flüssigkeit, die rote Blutkörperchen und Lymphozyten, aber keine polynukleären enthielt, und steril war. Von da an machte die Heilung rapide Fortschritte. Wie meist bei den durch den Eberthschen Bazillus in Reinkultur erzeugten eitrigen Pleuritiden war die Entwicklung eine subakute, ohne schwere Alteration des Gesamtzustandes. Ursprünglich bazillenreiche typhöse Pleuritiden hat man auch in anderen Fällen in der Folgezeit steril werden sehen. Dieser bakteriologischen Benignität entspricht eine bemerkenswerte klinische Gutartigkeit, insofern eine spontane Heilung der eitrigen Pleuritis zustande kam. H. Netter (Pforzheim).

A. Hand, Jr. and **J. C. Gittings,** An Analysis of 145 Cases of Typhoid Fever in Children. (Archives of Ped. Vol. XX. Nr. 6.) Unter den 145 Fällen von Typhus, die die Verff. beobachteten, waren 22 unter 3 Jahre alt, 57% waren Knaben und 43% Mädchen. Die Prodromalsymptome konnten nicht sicher festgestellt werden. Meistens bestanden: Fieber (100%), Anorexie (78%), Kopfschmerzen (62%), Durchfall (55%), Leibschmerzen (53%), Somnolenz (46%), Erbrechen (42%), Verstopfung (35%), Nasenbluten (25%), Delirium (16%), Frösteln (10%); Halsschmerzen, Schwindel und Konvulsionen sehr selten. Die Temperatur während des Verlaufes der Krankheit variiert zwischen 102° und 103° in 8 Fällen und 105° und 106° in 49 Fällen; bei 11 Kindern stieg das Fieber bis 107°, die Fälle waren somit schwer. Die Widalreaktion war positiv in 138 Fällen. Die Zunge war dick belegt in 129 Fällen. Die Roseolen waren ausgesprochen in 87 Fällen. Die Milz war palpabel in 95 Fällen. Tympanitis wurde bloß 40 mal beobachtet. Obstipatio bestand in 33 und Diarrhöe in 78 Fällen, bei den übrigen Kindern wechselten diese Symptome. Die nervösen Erscheinungen waren im allgmeinen nicht bedeutend. Bloß in 26 Fällen bestanden Delirien. Der Blutgehalt wurde bei 121 Kindern untersucht und ergab Leukopenie von weniger als 5000 Leukozyten per Kubikmillimeter in 112 Fällen. In den komplizierten Fällen war gewöhnlich eine hohe Leukozytose (11000—43000). Folgende Komplikationen wurden beobachtet: Diphtherie 13, Pneumonie 13, Otitis 13, Furunkulose 12, Darmblutung 8, Masern 2, Dekubitus 1, Gangrän der Haut 1, Darmperforation 1, Pleuropneumonie 1,

Scharlach 1, Nephritis mit Konvulsionen 1, Ischiorektalabszeß 1, Konvulsionen 1 mal. Rezidive traten bei sieben Patienten ein. Der Verlauf der Krankheit wechselte zwischen 8 und 43 Tagen, die meisten erholten sich nach 26 Tagen. 13 Kinder, also 8%, starben; bloß 2 von diesen waren unkompliziert.

Die Behandlung war meistens symptomatisch. Diät bestand hauptsächlich aus Milch. H. B. Sheffield.

P. Remlinger (Konstantinopel), Les analyses d'urines typhiques envisagées au point de vue de la propagation possible de la maladie. (La presse médicale. 1907. Nr. 5.) Der Verf. weist auf die Tatsache hin, daß ein großer Teil von Typhuskranken in ihrem Harne Eberthsche Bazillen aufweisen, folglich eine unstreitige Infektionsgefahr darbieten, dieselben aber, von diesem Standpunkte aus, keinerlei Beaufsichtigung unterliegen. Namentlich bei Vornahme von Harnanalysen Typhischer werden keine Vorsichtsmaßregeln ergriffen und der Harn in gleicher Weise wie jeder andere manipuliert, was eine Gefahr sowohl für das Wartepersonal als auch für den Apotheker oder Chemiker, der die Analyse vornimmt, in sich schließt. Apotheker können dann mit den infizierten Fingern, da die gewöhnliche Reinigung nicht mit Aseptik identisch ist, die Krankheitskeime auf die Medikamente, mit denen sie in Berührung gekommen sind, übertragen.

In Anbetracht dieser Umstände müssen also strenge Vorsichtsmaßregeln ergriffen worden. Der Arzt muß die Umgebung eines Typhuskranken nicht nur auf die Infektiosität des Stuhlganges, sondern auch auf jene des Harnes hinweisen. Die Flaschen, in welchen der Urin zur Analyse geschickt wird, müssen hermetisch schließen, der Apotheker oder Chemiker soll auf die Provenienz des Harnes und auf seine eventuelle Infektiosität aufmerksam gemacht werden, um sowohl bei der Analyse als auch nachher, beim Wegschütten des gebrauchten Harnes, des Filterpapieres usw. die nötige Vorsicht obwalten zu lassen.

Bei dieser Gelegenheit weist R. darauf hin, daß auch der Harn bei anderen infektiösen Krankheiten pathogene Keime enthalten kann, daß also die angeführten Vorsichtsmaßregeln bei allen Harnanalysen überhaupt beobachtet werden sollten. E. Toff (Braila).

P. Remlinger (Konstantinopel), Le bacille d'Éberth dans l'intestin des sujets sains. Conséquences cliniques et épidémiologiques. (La presse médicale. 1906. Nr. 53.) Der Verf. hat noch im Jahre 1896 in Verbindung mit G. Schneider nachgewiesen, daß man Typhusbazillen im Stuhlgange gesunder Personen nachweisen kann. Ähnliches wurde auch von anderen Forschern gefunden, während wieder andere die Anwesenheit derartiger Bazillen bei Gesunden vollständig leugneten. Koch hat diese Frage klargelegt, indem er nachwies, daß man nur dann Eberthsche Bazillen bei Gesunden findet, wenn dieselben im Kontakte mit Typhösen leben. Nach Kutscher wäre aber nicht der Darm der Hauptaufenthaltsort derselben, sondern die Gallengänge, von wo aus sie dann in den Darm gelangen. Diese Lokalisation würde auch die außerordentliche Hart-

näckigkeit erklären, mit welcher sich diese Mikroorganismen wochen- und monatelang halten und allen Abführ- und Desinfektionsmitteln Widerstand leisten.

Diese Tatsachen sind wichtig, gekannt zu werden, da sie zeigen, daß nicht nur der Typhiker seine Krankheit verbreiten kann, sondern auch die gesunden Personen seiner Umgebung, Familienmitglieder, Ärzte, Wärter usw., sowie sie Eberthsche Bazillen mit ihren Fäkalmassen entleeren. Eine genaue Beobachtung bzw. Isolierung derselben wäre also von Wichtigkeit.

Ein anderer Schluß, welcher aus diesen Untersuchungen gezogen werden muß, ist der, daß bei einem Kranken das Auffinden von Typhusbazillen im Stuhle nicht genügend ist, um die Diagnose Typhus mit Bestimmtheit stellen zu können, und ist hierzu die Hämokultur und der Nachweis der Serumagglutination notwendig. In letzterer Beziehung wird hervorgehoben, daß diejenigen Personen, welche Eberthsche Bazillen in ihrem Stuhle aufweisen, ohne aber typhuskrank zu sein, die verschiedenen für Typhus charakteristischen Blutreaktionen nicht aufweisen.

E. Toff (Braila).

Nicolini (Galatz), Die Heilung des typhösen Fiebers mit Schwefelblumen und Salzklysmen. (Spitalul. 1906. Nr. 10.) Die ursprünglich von Vorohilsky und Burzagli vorgeschlagene Typhusbehandlung mit Schwefelblumen und Salzklysmen ist auch vom Verf. in seiner Spitalsabteilung bei 30 einschlägigen Fällen im Laufe von $2^1/_2$ Jahren in Anwendung gezogen worden und waren die Resultate sehr gute: von den erwähnten Fällen heilten 27 und endeten 3 tödlich. doch handelte es sich bei letzteren um solche Patienten, die spät in Behandlung getreten waren und bereits eine schwere, auf Toxiinfektion beruhende parenchymatöse Nephritis hatten.

Was den Behandlungsmodus anbetrifft, so bekamen alle Patienten täglich je 4 Pulver von 0,30 g gewaschenen Schwefelblumen, und früh und abends je ein Klysma von Salzwasser (Chlornatrium 7,0 g, Natr. bicarbon. 6,0 g und sterilisiertes Wasser 1000,0 g). Als Nahrung 2 l Milch, einige Eidotter, Suppe, Kognak, Tee usw. täglich. Die Schwefelbehandlung übt eine günstige Wirkung auf das Allgemeinbefinden und die Temperatur aus, so daß nur in seltenen Fällen dieselbe 39,5° übersteigt und die Anwendung von kalten Waschungen oder Bädern notwendig macht.

Der Vergleich der oben erwähnten Patienten mit anderen 28, welcher früher und in einem gleichen Zeitraume von $2^1/_2$ Jahren auf derselben Abteilung mit den sonst üblichen Methoden behandelt wurden, ergab bei letzteren 23 Heilungen und 5 Todesfälle, auch war der Verlauf der Krankheit im allgemeinen ein viel schwerer. Zusammenfassend spricht N. die Ansicht aus, daß jeder Typhusfall mittels der Schwefel-Salzklysmenbehandlung geheilt werden kann, falls derselbe innerhalb der ersten 15 Krankheitstage in Behandlung gelangt. Auch ältere Fälle werden mit dieser Methode günstiger beeinflußt als mit jeder anderen.

E. Toff (Braila).

F. P. Kinnicutt, A More Liberal Diet in Typhoid Fever. (Boston Med. and Surg. Journ. 1906. 5. July.) K. studierte die Re-

sultate von 5000 Fällen von Typhus abdominalis, die verschiedenartig gepflegt worden sind und fand, daß Blutungen und Perforationen viel seltener vorkamen bei denjenigen Patienten, die eine reichliche semisolide Diät erhielten als bei denen, welche hauptsächlich Milch bekamen. Verf. kommt deshalb zum Schluß, daß erstere Diät bevorzugt werden soll. Man muß jedoch stets den Zustand des Individuums berücksichtigen, indem die Verdauungskraft in den Patienten beträchtlich variiert. Eine reine Zunge und wirklicher Hunger dürften als Indikation für eine sorgfältige gemischte Diät gelten.

H. B. Sheffield.

Emil Wennagel, Über die Beziehungen zwischen Krankheitsdauer und Alter der Darmläsionen beim Abdominaltyphus. (Deutsch. Archiv f. klin. Medizin. Bd. 87. S. 551.) W. ging der Frage nach, ob tatsächlich einer jeden Krankheitswoche ein bestimmtes Stadium des pathologischen Prozesses an der Darmschleimhaut entspricht. Wie zu erwarten war, ist dies nicht durchweg der Fall. W. kommt zu dem Ergebnis, daß die krankhaften Erscheinungen im klinischen Verlaufe des Typhus keine Folgen der Darmläsionen sind, daß sie ihnen vielmehr koordiniert sind. W. hält in Übereinstimmung mit der modernen Anschauung den Typhus für eine Allgemeinerkrankung, bei der Darmläsionen vorkommen können.

Starck.

M. Lesieur (Lyon), De la fièvre typhoïde exanthématique chez l'adulte et des exanthèmes chez les typhiques. (La presse médicale. 1906. Nr. 102.) Der Verf. hat in Verbindung mit Weill die kutanen Eruptionen bei Typhus im Kindesalter studiert und ist zu folgenden Resultaten gelangt.

Es gibt leichte Formen, wo sowohl das Exanthem als auch das Enanthem benigner Natur sind, ferner andere Formen, wo sowohl die kutane Eruption als auch die Störungen des Verdauungsapparates von bedeutender Intensität sind; derartige Formen müssen im allgemeinen als schwer angesehen werden.

Unter den Formen mit gutartigem Verlaufe gibt es eine gewisse Anzahl von Fällen, die sich durch starke Entwicklung der Roseolen und leichten Erscheinungen von seiten des Darmtraktus auszeichnen; diese Formen sind meist gutartiger Natur, selbst wenn sonst schwere Komplikationen von seiten der Lungen, des Brustfelles oder des Herzens auftreten.

Ähnliche Verhältnisse konnte der Verf. auch beim Erwachsenen vorfinden, und er gibt einige Beispiele, um das Gesagte zu illustrieren. Man muß sich aber hüten, das in Rede stehende exanthematische typhöse Fieber mit scharlach-, rötelnähnlichen oder anderen gemischten Exanthemen zu verwechseln, wie man solche als Epiphänomene im Laufe eines Abdominaltyphus beobachten kann. Letztere, falls sie im Verlaufe der Krankheit auftreten, haben immer eine ernste Bedeutung.

E. Toff (Braila).

B. Weill-Hallé und **Lemaire-Henri,** Ein Fall von Laryngotyphus. (Arch. Internat. de Laryngol., d'Otol. 1906. Mai, Juni. S. 899.) Unter diesem Namen beschreiben die beiden Verff. einen Fall von Typhus bei einem $4^1/_2$ Jahre alten Kinde, in dessen

Verlauf die laryngealen Symptome diejenigen der allgemeinen Krankheit ganz verdeckten. Der Fall ist nach verschiedenen Gesichtspunkten interessant. 14 Tage zuvor hatte das Kind Masern überstanden, und dieser Umstand mag die ganze besondere Empfindlichkeit des Larynx erklären. Am 17. September kam es bei dem Kinde zu einem Fieberfrost, Erbrechen und Husten, am 20. zeigte sich eine Konjunktivitis mit Bildung von Pseudomembranen. Die Temperatur war normal annähernd bis zum 13. Oktober (100,4° F.), am 16. erreichte sie 104°. Dabei Heiserkeit und geringe Dyspnoe. Es zeigten sich rosafarbene Flecke, weshalb man an einen Typhus dachte. Widal fiel negativ aus und man hielt dann eine Entzündung der Bronchialdrüsen für vorliegend. Am 31. Oktober machte die rapid zunehmende Dyspnoe die Intubation nötig, und die Widalsche Reaktion fiel positiv aus. Nach zweimaliger Reintubation, am 2. November und am 6. November, wurde die Tube am 8. November ausgehustet und das Kind starb in asphyktischem Zustand trotz Tracheotomie usw. Autopsie: Großer Milztumor, Schwellung und leichte Ulzeration der Peyerschen Plaques, Kehlkopfschleimhaut an der Innenseite der aryepiglottischen Falten und an der Basis der Epiglottis exulzeriert. In der Mittellinie vorn fand sich ein den ganzen Ringknorpel umgreifendes tiefes Geschwür mit Perichondritis und Nekrosis. Mikroskopisch: starke kleinzellige Infiltration und dem Typhusbazillus genau gleichende Mikroorganismen. Verff. konnten noch 2 Fälle aus der Literatur auffinden, wo der Eberthsche Bazillus in den Kehlkopfgeschwüren gefunden worden war. Statt der Intubation ist hier Tracheotomie das einzuschlagende Verfahren. H. Netter.

Rolly, Zur Kenntnis der durch das sogenannte Bact. paratyphi hervorgerufenen Erkrankungen. (Deutsch. Archiv f. klin. Medizin. Bd. 87. S. 595.) R. bespricht an der Hand von vier durch das Bact. paratyphi infizierten Fällen die als Paratyphus beschriebene Krankheit. Die Krankheitsbilder waren so verschieden, daß man zunächst nicht annehmen sollte, daß sie durch ein und denselben Erreger hervorgerufen wurden. Zwei der Fälle verliefen unter den Symptomen eines schweren akuten Magendarmkatarrhs (einer verlief tödlich unter dem Bilde der Cholera nostras), die beiden anderen Fälle verhielten sich wie gewöhnlicher Unterleibstyphus.

R. unterscheidet danach, wie dies auch früher hinsichtlich der mit Paratyphus nahe verwandten Fleischvergiftungen geschah, eine mehr typhöse und eine mehr gastrische Form.

In 3 von den 4 Fällen gelang der bakteriologische Nachweis des Paratyphus aus dem Blute, im vierten Falle aus Stuhl und Erbrochenem. Die Bakterien waren tiergiftig für Ratten und Meerschweinchen und Mäuse bei subkutaner Injektion und stomachaler Eingabe. Bei den Sektionen der Tiere fand R. Symptome des Darmkatarrhs.

Ausgedehnte Versuche über Agglutination ergaben, daß Paratyphusserum von Paratyphus A sowohl Serum von Paratyphus B wie auch von Typhus abdominalis agglutiniert.

Die pathologischen Veränderungen im Darme unterscheiden sich wesentlich von denjenigen bei Typhus abdominalis, indem der lymphatische Apparat des Darmes fast frei bleibt und die Erkrankung

mehr dysenterischen Charakter hat, Schwellung, Entzündung der Schleimhaut, oberflächliche Geschwüre, die sich nicht an Begrenzung der Peyerschen Plaques halten, Hämorrhagien.

R. bezeichnet deshalb die Darmaffektion als eine schwere Gastroenteritis mit Neigung zu Blutungen, hämorrhagischen Prozessen und daran anschließender Geschwürsbildung, die sich regellos in allen Teilen des Magendarmkanales etablieren kann.

Aus dem ganz plötzlichen Beginn in Fällen von Fleischvergiftung durch Paratyphusbakterien glaubt R. den Schluß ziehen zu dürfen, daß es sich hierbei um Aufnahme der außerhalb des Körpers bereiteten toxischen Substanzen handelt.

Für diejenigen durch das Bact. paratyphi hervorgebrachten Erkrankungen aber, die eine längere Inkubationszeit aufweisen und bei welchen erst nach einer gewissen Zeit das Höhenstadium der Krankheit erfolgt, nimmt R. eine rein bakterielle Ursache an. Starck.

L. Guinon, Tétanie à forme de tétanos au début de la fièvre typhoïde. (Revue mensuelle des malad. de l'enfance. September 1906.) Die Tetanie tritt oft in Begleitung von infektiösen Krankheiten auf und es kommt vor, daß sie die Form eines wahren Tetanus annimmt und auf diese Weise zu diagnostischen Irrtümern führt. So auch in dem von G. beobachteten Falle, einen 10jährigen Knaben betreffend. Derselbe hatte eine kleine Wunde am rechten inneren Malleolus und erkrankte mit Trismus, Kontrakturen der Gesichtsmuskel, doch bestanden keine Nackensteifigkeit und kein Fieber. Die Gesichtsmuskeln waren überempfindlich, namentlich unter dem Einflusse von willkürlichen Bewegungen und von Überanstrengung. Das Trousseausche Zeichen fehlte, ebenso konnte das Fazialisphänomen nicht hervorgerufen werden. Die Behandlung wurde mit Einspritzungen von antitetanischem Serum durchgeführt, durch 17 Tage fortgesetzt und im ganzen 110 ccm eingespritzt. Während dieser Zeit hatte Fieber eingesetzt, und schwankte die Temperatur zwischen 38° und 39°. Die als tetanisch angesehenen Symptome besserten sich nach und nach, doch bestand die erhöhte Temperatur weiter und war der Allgemeinzustand ein sehr schlechter. Es entwickelte sich Diarrhöe, dann kamen Bronchitis und Milzschwellung hinzu, was den Verdacht auf einen bestehenden Abdominaltyphus hinlenkte. Tatsächlich fiel auch die Widalsche Serumreaktion, bei einer Verdünnung von $^1/_{30}$, positiv aus und es wurde dadurch klar, daß es sich um ein typhöses, mit Symptomen von Tetanie einhergehendes Fieber gehandelt hatte. Wenige Tage später war das Kind fieberfrei und konnte später geheilt entlassen werden.

Bemerkt wird noch, daß außer den erwähnten Symptomen auch gesteigerte Patellarreflexe, Fußklonus und Babinskisches Zeichen gefunden wurden. E. Toff (Braila).

M. Thiemich, Anatomische Untersuchungen der Glandulae parathyreoideae bei der Tetanie der Kinder. (Aus der Univers.-Kinderklinik zu Breslau.) (Monatsschrift f. Kinderheilkunde Juli 1906.) Seitdem durch experimentell-pathologische Ergebnisse die Tatsache gesichert zu sein scheint, daß die Entfernung der Glandulae

parathyreoideae beim Versuchstiere einen als akute Tetanie angesprochenen, tödlichen Krampfzustand herbeiführt, tritt die Anschauung immer bestimmter hervor, daß eine Insuffizienz dieser Organe auch die spontane idiopathische Tetanie beim Menschen und besonders auch beim jungen Kinde bedinge. Ohne Zweifel wäre der Nachweis anatomischer Veränderungen der Glandulae parathyreoideae eine wichtige Stütze dieser Lehre. Th. hat nun bei 3 Kindern, bei denen ein „spasmophiler Zustand“ vorgelegen hatte, derartige anatomische Untersuchungen vorgenommen, — mit völlig negativem Resultat! Auch andere Gründe veranlassen Th., die Pathogenese solcher Zustände in ganz anderen Vorgängen zu suchen, als in einer Afunktion der Glandulae parathyreoideae. Grätzer.

A. Uffenheimer, Ein neues Symptom bei latenter (und manifester) Tetanie des Kindesalters — das Tetaniegesicht. (Jahrb. f. Kinderheilk. Bd. 62. Heft 6.) Verf. beobachtete bei einer großen Anzahl Tetaniekranker einen eigenartigen Gesichtsausdruck, der sich darin äußerte, daß das spezifisch Kindliche aus den Zügen gewichen und an seine Stelle ein Ausdruck wie von Nachdenklichkeit oder Sorge getreten ist. Dieses Gesicht fand sich auch im Latenzstadium und auch als Überbleibsel von Tetanien zu einer Zeit, wo schon keine elektrische Übererregbarkeit mehr bestand. Es ist ein prämonitorisches Symptom, welches unter Umständen frühzeitiges therapeutisches Eingreifen ermöglicht. Hecker (München).

Th. v. Cybulski (Krakau), Über den Kalkstoffwechsel des tetaniekranken Säuglings. (Aus der Breslauer Univers.-Kinderklinik.) (Monatsschrift f. Kinderheilkd. November 1906.) C. hat bei einem 7 Monate alten Kinde drei Versuche angestellt. Vor allem fiel dabei auf, daß die Retention des Kalkes während der Eklampsie am kleinsten ist und mit eintretender Besserung des Kindes zunimmt. Diese Steigerung der Kalkretention gewinnt um so mehr an Bedeutung, als sie, wenigstens im zweiten Versuche, nicht parallel einer Steigerung der Gesamtaschenretention geht. Denn diese betrug im ersten wie im zweiten Versuche 21 %, die Retention des Kalkes dagegen im ersten Versuche 20,8 %, im zweiten Versuche 53,7 %. Im dritten Versuche erreichte die Kalkretention sogar den Wert von 87,2 %; allerdings war hier auch die Retention der Gesamtasche mit 63,6 % der eingeführten Asche gegenüber den vorangehenden Versuchen erhöht. Die Steigerung der Retention des Kalkes in den beiden letzten Versuchen zeigt sich beinahe ebenso deutlich, wenn man die absoluten Zahlen der Kalkeinfuhr und -ausscheidung in Rechnung zieht.

Es sind bisher nicht die Bedingungen bekannt, welche bei natürlicher und künstlicher Ernährung den Kalkstoffwechsel beeinflussen; es läßt sich infolgedessen auch nicht für obigen Fall feststellen, weshalb während des Bestandes der manifesten Tetanie die Kalkretention mangelhaft, während der Reparation besser war. Soviel läßt sich aber aus den Versuchen erschließen, daß kein Grund vorhanden ist, zur Zeit der manifesten Tetanie eine Kalkstauung anzunehmen.

 Grätzer.

R. Quest, Über den Einfluß der Ernährung auf die Erregbarkeit des Nervensystems im Säuglingsalter. (Aus dem Institut f. allgem. experim. Pathologie der Universität in Lemberg.) (Wiener klin. Wochenschrift. 1906. Nr. 27.) Man neigt jetzt zu der Annahme, daß die Kalkarmut des Organismus, im speziellen des Zentralnervensystems, für die Ätiologie der funktionellen Krämpfe im Kindesalter von Bedeutung sei. Um die Frage zu erforschen, hat Q. bei jungen Hunden experimentiert und durch kalkfreie Nahrung einen Zustand von Nervenerregbarkeit zu erzeugen versucht. Es ergab sich, daß die Erregbarkeit des peripheren Nervensystems der mit kalkarmer Nahrung gefütterten Hunde bedeutend gesteigert war, und zwar sowohl für den faradischen als für den galvanischen Strom. Den geringsten Unterschied zeigte noch die Kathodenschlußzuckung, deren Werte jedoch auch bei tetanoiden Zuständen oft den normalen Werten äußerst nahekommen. Sehr auffallend war dagegen der Unterschied für die Zahlen für die Kathodenöffnungszuckung, also gerade der Wert, welcher für die tetanoiden Zustände sogar für pathognomonisch gehalten wird. Bei der Tetanie fanden Thiemich und Mann ein charakteristisches Verhältnis zwischen Anodenöffnungs- und Anodenschlußzuckung, und zwar so, daß die AÖZ schon früher auftritt als die ASZ, d. h. umgekehrt wie unter normalen Umständen. Die Umstellung der Werte beobachtete Q. nicht. Bemerkenswert war nur der Umstand, daß die ASZ früher auftrat als die KSZ. Es zeigte sich also, daß bei jungen Hunden durch Anwendung einer kalkarmen Diät der Zustand einer Übererregbarkeit des peripheren Nervensystems hervorgerufen werden kann, welcher im wesentlichen dem bei Tetanie gefundenen gleicht.

Es wurden nun den Tieren dann die Gehirne herausgenommen, wobei sich ergab, daß diese durch kalkarme Fütterung nichts von ihrem Kalkgehalt eingebüßt hatten, und daß die Erregbarkeit derselben nicht gesteigert werden konnte. Entweder war die Dauer der Versuche zu kurz oder man bedarf dabei einer anderen Methode.

Was für Schlüsse könnte man auf Grund der gefundenen Tatsachen für die Therapie der funktionellen Krampfzustände im Kindesalter ziehen? Man kann darauf noch keine befriedigende Antwort geben, weil der Kalkstoffwechsel beim Menschen noch nicht genügend bekannt ist. Daß wir allein durch einfache Darreichung von größeren Dosen von Kalk bei der Tetanie keinen Heileffekt erzielen werden, scheint fast sicher zu sein. Wissen wir doch, daß Rachitis und Tetanie gerade bei Ernährung mit Kuhmilch aufteten, welche 5—6 mal so viel Kalk enthält, als Frauenmilch. Es scheint, daß es darauf ankommt, in welcher Form der Kalk dargereicht wird, damit sich der Organismus ihn sich zu eigen machen kann; andererseits ist es ebenfalls wahrscheinlich, daß auch die anderen Bestandteile der Nahrung, mineralische wie organische, für die Retention des Kalkes nicht unwesentlich sind. Für letztere Annahme scheinen jedenfalls die Erfolge einer zweckmäßigen Änderung des Ernährungsregimes zu sprechen. Auf diese Weise könnte man sich nur den Umstand erklären, daß Phosphor eine gewisse Heilkraft auf die tetanoiden Zustände ausübt.

Wir können wohl dem Phosphor nur insofern hier eine Wirkung zuschreiben, als er vielleicht den Kalkstoffwechsel günstig — im Sinne vermehrter Retention — zu beeinflussen vermag. Grätzer.

III. Aus Vereinen und Versammlungen.

Gesellschaft für innere Medizin und Kinderheilkunde in Wien.

Sitzung vom 17. Januar 1907.

Riether demonstriert ein zweimonatliches Kind, das an der r. Thoraxseite ein angeborenes **Lymphangioma lipomatodes** zeigt. Der flachrunde Tumor ist weich, man fühlt in der Tiefe ähnliche lappenartige Gebilde, wie bei einem Lipom, an der Peripherie der Geschwulst erkennt man erweiterte Gefäße.

Schick stellt aus dem Ambulatorium der pädiatrischen Klinik ein 14monatliches Kind mit **Periostitis ossificans luetica** dar. Das Kind hatte im Alter von 2 Monaten geringe luetische Erscheinungen (Coryza, makulöse Effloreszenzen an der Stirn).

Am 18. Dezember v. J. bemerkte die Mutter eine Verdickung des r. Unterschenkels. Die Schwellung war auf Druck empfindlich. Im Röntgenbild zeigt der r. Unterschenkel das Bild einer diffusen Periostitis mit Kalkeinlagerung.

v. Pirquet demonstriert an sich und mehreren bereits vorgeimpften Kindern **Frühreaktionen der Wiederimpfung**, die innerhalb der ersten 24 Stunden nach der Impfung zur Entwicklung gelangt. An der Impfstelle sieht man oft nach wenigen Stunden Papelbildung.

Die Raschheit der Reaktion hängt von der Verdünnung der Lymphe und von der Empfindlichkeit der geimpften Hautpartie ab. So tritt bei Vortragendem an der Innenseite des l. Armes, wo wiederholt Impfungen gemacht wurden, die Reaktion um 6 Stunden früher ein als an der Innenseite des r. Armes.

Knöpfelmacher macht in der Diskussion aufmerksam, daß auch bei subkutaner Injektion verdünnter Lymphe analoge sofortige Reaktionen ablaufen.

Leiner zeigt einen 8jährigen Knaben mit **Pemphigus chronicus.** Der Knabe zeigt an verschiedenen Körperstellen vereiterte ältere und wasserklare frische Blasen und Bläschen. Diese Eruptionen wiederholen sich häufig. Auch die Mundschleimhaut kann ergriffen sein. Bei stärkeren Eruptionen besteht heftiges Jucken, auch das Allgemeinbefinden leidet. Blutuntersuchung ergab Eosinophilie (10—12 %).

Die Behandlung der Erkrankung besteht in Tanninbädern und Vaselinverbänden. Intern Arsen.

Sluka stellt ein 9jähriges Mädchen mit **Leukämie** vor, dessen Blutbild das seltene Symptom einer **Leukopenie** zeigt. Pat. wurde in den letzten 4 Monaten immer blässer. Die Anämie trotzte jeder Behandlung. Vor 5 Wochen traten flache Erhabenheiten zuerst an der Stirn und im Gesicht auf, später fanden sich solche auch am übrigen Körper, es trat allgemeine Drüsenschwellung hinzu. Das Gesicht wurde gedunsen, an verschiedenen Körperstellen traten Hautblutungen auf.

Die Diagnose mußte auf akute lymphatische Leukämie lauten.

Blutbefund: Rote Blutkörperchen 2684000, Färbeindex 0,65. Leukozyten: 91 % Lymphozyten, 0,5 % neutrophile polynukleäre Zellen. Zahl der Leukozyten 2000. Die Lymphozyten sind vielfach auffällig groß.

Der demonstrierte Fall gehört in die Gruppe der von Türk als alymphämische Lymphomatose bezeichneten Leukämien.

Baumgarten demonstriert das anatomische Präparat einer **spindelförmigen Dilatation der Speiseröhre.**

Escherich zeigt ein 9jähriges Mädchen mit **spastischer zerebraler Hemiplegie** nach postdiphtherischer Embolie und außerdem die anatomischen Präparate eines an **postdiphtherischen Prozessen** zugrunde gegangenen 2jährigen Kindes.

Letzterer Pat. zeigte ungefähr in der 2. Woche der Diphtherieerkrankung plötzlich eine Lähmung der rechten Körperhälfte, tags darauf entwickelten sich

unter Aufregungszuständen Zeichen von Arterienverschluß an beiden unteren Extremitäten. Innerhalb 24 Stunden wurden die Extremitäten von der Peripherie gegen das Zentrum zu fortschreitend livid, kalt, der Pulsschlag sistierte.

Bei der Obduktion fanden sich verruköse Auflagerungen an der Mitralis, Embolie und Thrombose der Iliaca communis und Art. Fossae Sylvii mit Erweichungsherden.

Frau Weiß demonstriert einen 3½ Monate alten Säugling mit einer **Urachusfistel.** Am Mons veneris in der Medianlinie findet sich der etwas gerötete Eingang einer haardünnen Fistel, die blind endigt. Auf Druck entleert sich eine krümelige, weißgraue Masse, die aus Plattenepithelien, Detritus und Fetttröpfchen besteht.

B. Schick: **Über Nachkrankheiten des Scharlach.** Vortr. geht von der Tatsache aus, daß man schon bisher auf Grund rein klinischer Überlegung unterschieden hat: Die Gesamtheit der primären Scharlachsymptome mit ihren unmittelbaren Komplikationen und die Nierenentzündung als Nachkrankheit.

Trotzdem die Zusammengehörigkeit beider Prozesse in ätiologischer Beziehung noch nicht strikte bewiesen ist, sieht man die Nierenentzündung als spezifische Nachkrankheit des Scharlach an.

Das Auffälligste an der Nephritis ist das Bestehen eines symptomlosen Intervalles zwischen primären Scharlachsymptomen und Eintritt der nephritischen Symptome.

Den Schlüssel zur Erklärung dieser Tatsache sieht Vortr. in der Tatsache, daß die Niere nicht das einzige Organ ist, welches in der Rekonvaleszenz nach Scharlach Krankheitssymptome aufweist.

Gleichzeitig oder 1—2 Tage vor der Nephritis kommt es häufig zu schmerzhafter Schwellung der Lymphdrüsen im Kieferwinkel und seitlich am Halse.

Diese Lymphdrüsenerkrankung kommt überdies als selbständige Nachkrankheit ähnlich der Nephritis vor.

Lymphadenitis und Nephritis sind die häufigsten Formen der spezifischen Nachkrankheiten des Scharlach.

Die Eintrittszeit der Erkrankungen fällt in die Zeit vom 12. Krankheitstage bis zur 7. Woche. Das Maximum der Eintrittstage findet man in der 3. und 4. Woche nach Scharlachbeginn.

Ausgehend von diesem Gesetze der Eintrittszeit hat Vortr. die Vorgänge während der Scharlachrekonvaleszenz auf weitere Krankheitsbilder studiert und in Übereinstimmung mit Kmoschinski und Pastor nachweisen können, daß neben Lymphadenitis und Nephritis postscarlatinosa noch Fiebersteigerungen ohne Befund, Endokarditis und rheumatische Affektionen auftreten können. Alle diese Spätformen der Rekonvaleszenzerkrankungen halten sich an das oben aufgestellte Gesetz der Eintrittszeit.

Auf Grund eines Materials von rund 1900 Scharlachfällen der pädiatrischen Klinik in Wien entwickelt Vortr. die Berechtigung der Annahme, diese neuen Formen von Nachkrankheiten der Nephritis und Lymphadenitis postscarlatinosa anzureihen.

Als Gründe seiner Annahme betont Vortr.

1. das allen Nachkrankheiten gemeinsame Gesetz der Eintrittszeit,
2. die Kombination mehrerer Formen von Nachkrankheiten bei einem und demselben Individuum,
3. das Auftreten gleicher und verschiedener Formen von Nachkrankheiten bei Geschwistern.

Die Entscheidung, welche Formen der postskarlatinösen Erkrankungen infektiöser bzw. toxischer Natur sind, läßt sich noch nicht endgültig für alle Formen feststellen.

Vieles spricht für eine gemeinsame Ursache sämtlicher Nachkrankheiten.

Ob diese gemeinsame Ursache identisch ist mit dem Scharlacherreger, ist ebenfalls noch nicht feststellbar. Für die Identität spricht die Tatsache, daß die Rezidive dasselbe Eintrittsgesetz befolgen, wie die vorher erwähnten Formen der Nachkrankheiten.

Zum Schlusse erörtert Vortr. die Ursache des Intervalles zwischen primären Scharlachsymptomen und Nachkrankheiten, die bisher nur bei der Nephritis berücksichtigt wurde.

Diese Erklärungsversuche (Erkältung, Speisen, mechanische Theorie Bohns, Spätausscheidung von Toxinen [Leichtenstern]) werden unzulänglich, wenn man auch die anderen Formen der Nachkrankheiten erklären will.

Vortr. nimmt an, daß am 12. Krankheitstage des Scharlach eine bis zur 7. Woche dauernde Überempfindlichkeit des Organismus, also eine spezifische Dispositionsperiode für postskarlatinöse Erkrankungen besteht.

Die größte Tendenz zum Wiederaufflackern des skarlatinösen Prozesses besteht in der 3. und 4. Woche. B. Schick.

I. ungarischer Kinderschutzkongreß.

Abgehalten am 3. und 4. Juni 1906 in Temesvár.

Károly Telbisz eröffnet den Kongreß mit Hinweis darauf, daß die ungarische Staatsgewalt alles Erdenkliche im Interesse des Kinderschutzes vollbracht hat, nun ist es Aufgabe der Gesellschaft, das ihrige zu tun.

Pál Ruffy skizziert in großen Zügen das Arbeitsprogramm der wohltätigen Gesellschaft. Alle die Kinder, für die der staatliche Kinderschutz nicht sorgen kann, möge die private Wohltätigkeit unter ihre Fittige nehmen. Er beantragt die Stabilisierung der ungarischen Kinderschutzkongresse.

Lerånt Hegedüs weist auf die unheimliche Zahl der ungarischen Auswanderer hin. Wenn die zurückgebliebenen Kinder nicht gerettet werden, so ist die Nation gefährdet.

Frau Ármin Neumann beantragt, man möge nicht nur die nach dem Wortlaut des Gesetzes verlassenen Kleinen schützen, sondern auch die, die durch die soziale Lage der Eltern eigentlich den ganzen Tag hindurch ohne Aufsicht sind. — Die französische Institution der Arbeitsgärten und die Propagierung der unentgeltlichen Volksschulbildung ist ihrer Ansicht nach von großer Bedeutung.

Ernö Deutsch verlangt absolute Alkoholabstinenz für die Jugend. Alkoholdegeneration, Einfluß des direkten Alkoholgenusses, Medizinalverabreichung dieses Giftstoffes, Kampfmittel gegen den Alkoholismus der Jugend werden entsprechend gewürdigt.

Hugo Eisler würdigt die Wichtigkeit der Krüppelheime und beschreibt das in Budapest erbaute Institut, das nach dänischem Muster eingerichtet ist.

Sarolta Geöcre greift mit scharfer Kritik die Nachsichtigkeit der Legislative gegen solche Männer an, die die Unschuld der Kleinen mißbrauchen.

Frau Ferencz Percrel schildert mit beredten Worten die Aufgabe der Familie in der universellen sozialen Arbeit.

Károly Scilágyi und Zsigmond Engel plädieren für die körperlich und seelisch gefährdeten Kinder, deren Eltern leben. Diese möge man, wenngleich sie nicht verlassen sind, doch in den staatlichen Kinderasylen unterbringen können.

Ernö Leitner beantragt, daß man sich in den staatlichen Kinderasylen mit Popularisierung der Kinderhygiene beschäftigen soll. — Kinderwärterinnenerziehung soll auch ins Programm aufgenommen werden.

Ernö Deutsch will schon in den höheren Mädchenschulen die Grundzüge der Kinderhygiene womöglich von weiblichen Ärzten vortragen lassen. Die Idee der belgischen „Ecole de puériculture" beantragt er ebenfalls zur Durchführung. Der Unterricht möge auf praktische Basis gelegt sein.

Imre Turcsányi beantragt, man möge womöglich die Kinder bei ihren eigenen Müttern unterbringen.

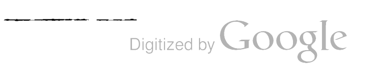
Rócsa Schwimmer greift die Kinderarbeit und den Kinderbettel an.

Mewjhért Edelmann bricht für die durch die Mutter durchgeführte natürliche Ernährung eine Lanze.

Istvais Lukács dankt der Kongreßleitung.

Die Seele der Vereinigung war Primarius Dr. Sáisdor Szana, der die ganze Organisierung, keine Mühe und Opfer scheuend, durchführte.

Ernö Deutsch (Budapest).



Altonaer Ärztlicher Verein.

(Nach Münch. med. Wochenschrift.)

Sitzung vom 25. April 1906.

Grüneberg demonstriert ein 1½ jähriges Kind, dessen Zwillingsbruder vor einigen Tagen an Pneumonie im Altonaer Kinderhospital zugrunde gegangen ist. Beide Kinder zeigen hochgradige **osteomalazische Rachitis**, die sich in gummiartiger Biegsamkeit der Vorderarm- und der Unterschenkelknochen dokumentiert. Weniger erweicht sind Oberarm und Oberschenkel. Epiphysenverdickungen sind sowohl an den Extremitäten als auch an den Rippen wenig ausgeprägt. Die Röntgenplatten zeigen, daß es sich keineswegs um Pseudarthrosen, noch Frakturen handelt, sondern daß die Weichheit der Knochen bedingt ist durch den Kalkschwund in der Kortikalis. Es haben ausgedehnte Resorptionsvorgänge stattgefunden, so daß die innere Kontur der Kortikalis eine ganz unregelmäßige und teilweise bis auf eine papierdünne Schicht atrophisch ist. Auf der Röntgenplatte sind von den Epiphysen unverkennbare Zeichen von rachitischer Veränderung. G. steht deshalb auch auf dem Heubnerschen Standpunkte, daß es sich in diesen Fällen nicht um reine Osteomalazie, sondern um eine osteomalazische Form der Rachitis handelt. Die Mutter der Kinder soll in ihrer Jugend ebenfalls an hochgradiger Rachitis gelitten haben.

Es werden die Knochenpräparate des gestorbenen Kindes demonstriert. Im Anschluß hieran legt G. eine Anzahl von Röntgenplatten aus den verschiedensten Stadien der Rachitis vor. Überall, sowohl in den beginnenden Fällen als auch auf der Höhe des Prozesses und nach Ablauf, lassen sich ganz charakteristische Veränderungen sowohl und hauptsächlich an der Diaphysen-Epiphysengrenze als auch an der Diaphyse nachweisen, so daß G. glaubt, daß in einzelnen schwieriger zu beurteilenden Fällen die Röntgenaufnahme zur Bestimmung der Diagnose zu Hilfe genommen werden kann.

Sitzung vom 31. Oktober 1906.

Alois Schmidt demonstriert einen 5jährigen Knaben mit **doppelseitiger Tuberkulose der Nebenhoden und Samenstränge.**

Das Kind erkrankte vor 2 Jahren an Lungentuberkulose (6monatliches Fieber am Abend, tuberkelbazillenhaltiges Sputum). Diese Lungentuberkulose ist seit 1½ Jahren latent geworden, nur oben links neben dem Sternum deutet eine zirkumskripte absolute Dämpfung noch auf das Bestehen eines größeren Drüsenpaketes hin. Allgemeinbefinden und Ernährungszustand sind ausgezeichnet.

Im August 1906 bemerkte man folgendes: Beide Nebenhoden sind in walnußgroße harte Tumoren umgewandelt. Nur rechts fühlt man normale weiche Hodensubstanz vorn dem Tumor aufliegen. Beide Samenstränge sind bis 2 cm vor dem äußeren Leistenring mit rechts drei, links vier haselnußgroßen Knoten besetzt.

Da es sich hier therapeutisch nur um die doppelseitige Kastration handeln kann, begann S. in der schwachen Hoffnung, diesen traurigen Eingriff vielleicht noch umgehen zu können, seit August jeden Tag zweimal eine halbe Stunde mit dem Saugverfahren. Der ganze Hodensack wurde abwechselnd 5 Minuten, mit 5 Minuten Pause, in einen kleinen Saugballon eingesogen.

Heute, nach 4monatlicher, regelmäßig durchgeführter Saugbehandlung, hat sich der Befund bei dem Kranken sehr wesentlich verändert. Alle Tumoren haben sich um mehr als die Hälfte ihrer ursprünglichen Größe verkleinert, und zwei von den Samenstrangtumoren sind nicht mehr zu fühlen. Alle Tumoren sind hart geblieben, nirgends machte sich eitrige Einschmelzung oder Verwachsung mit der Umgebung bemerkbar. Schmerzen bestanden nie, auch nicht während des Saugens.

Ob sich die Sache auf diese Weise definitiv heilen läßt, kann jetzt natürlich noch nicht beurteilt werden. Jedenfalls läßt der bisherige Erfolg es gerechtfertigt erscheinen, mit der Saugbehandlung weiter fortzufahren und dem Kinde zunächst seine Hoden zu belassen, bevor nicht zwingende Gründe (Abszedierungen, Fortkriechen der tuberkulösen Wucherungen nach dem Leistenkanal hin usw.) die Operation notwendig machen.

IV. Therapeutische Notizen.

Kufekes Mehl bei Magen- und Darmerkrankungen Erwachsener wandte Dr. P. Münz (dirig. Arzt der israel. Kinderheilstätte in Kissingen) an und hatte auch hier, wie in der Kinderpraxis, recht befriedigende Erfolge. Pat. mit chron. Magenkatarrh, chron. Dünndarm- und Dickdarmkatarrhen, atonischen Zuständen des Magens und Darms erhielten täglich 50—120 g des Mehls als Zusatz zu Tee, Suppen usw., wobei sich das Präparat als gutes diätetisches Mittel bewährte.

(Allgem. med. Zentral-Ztg. 1907. Nr. 1.)

Bioferrin bei alimentärer und rachitischer Anämie der Säuglinge hat Dr. A. Würtz (Straßburg) mit sehr gutem Erfolg angewendet und in den letzten 2 Jahren bei Kindern im Alter von $^1/_2$—2 Jahren damit schöne Resultate erzielt. Der Hämoglobingehalt erfuhr ausnahmslos schon nach 3 wöchentlichem Gebrauch von 1 bis 2 Teelöffel Bioferrin im Tage eine Steigerung von 10—15 %, die nach längerem Gebrauch bis zu 30 % erreichen konnte. Auffällig war dann namentlich noch die vermehrte Appetenz bei den Kindern, die gewöhnlich durch zu langen ausschließlichen Milchgenuß völlig appetitlos geworden waren. Farbe und Stimmung wurden entschieden in der günstigsten Weise beeinflußt, sicher eine Folge der Einfuhr von unverändertem Hämoglobin. Dieses wirkt als natürlicher Sauerstoffträger anregend auf sämtliche Funktionen des Organismus und steigert den Oxydationsprozeß in erheblichem Maße. Außerdem sind im Bioferrin die Fermente und Alexine durchaus wirksam vorhanden, ein recht bedeutsames Moment, zu dem sich noch die große Haltbarkeit des Präparats hinzugesellt. Bioferrin nimmt eine biologische Sonderstellung gegenüber anderen Präparaten ein, welche die guten Erfolge erklärlich macht. (Medizin. Klinik. 1906. Nr. 51.)

Erfahrungen mit Bioferrin veröffentlicht Dr. Laser (Wiesbaden). Er hat das Präparat besonders bei Pat. der arbeitenden Klasse angewandt, die an einer gewissen Erschöpfung (Mattigkeit, Kopfschmerzen, Schwindel, Appetitlosigkeit) infolge Überarbeitung, unzweckmäßiger oder mangelhafter Ernährung, Mangel an frischer Luft usw. litten. Bioferrin wirkte hier sehr gut, so daß Autor es als sicheres und gut bekömmliches Mittel zur Hebung der Körperkräfte und zur Blutbildung warm empfehlen kann. Erwachsene erhalten täglich 2 Eßlöffel, Kinder 2—3 Teelöffel. (Die Therapie der Gegenwart. Dez. 1906.)

Extract. Chin. Nanning findet wieder einen warmen Lobredner in Dr. J. Leist (Berlin), der das Präparat auch in der Kinderpraxis mit bestem Erfolg angewandt und als ausgezeichnetes Stomachikum schätzen gelernt hat.

(Deutsche Ärzte-Ztg. 1906. Heft 22.)

Omorol bei Angina hat Dr. Viett (Horneburg) mit bestem Erfolg bei Erwachsenen und Kindern angewandt und dabei die hochgradig bakterizide Wirkung dieses völlig ungiftigen Silberpräparats schätzen gelernt. Nachdem behufs Entfernung der Schleimmassen mit schwachem Salzwasser gegurgelt worden ist und, wenn irgend möglich, die erkrankten Partien mit Wattetampons abgetupft sind, pinselt man das Omorol energisch ein (der Pinsel wird dann in kalte Kochsalzlösung mit 3 % Omorolzusatz 1 Stunde gelegt und ist dann genügend desinfiziert). In schwereren Fällen läßt man eine Omoroleinstäubung mittels Pulverbläsers nachfolgen (V. hat sich einen zweckmäßig konstruierten von der Firma Pertzel & Schultz in Hamburg herstellen lassen, der allen Anforderungen entspricht).

(Ärztl. Rundschau. 1906. Nr. 47.)

Ein ideales Bruchband für Säuglinge nennt Dr. K. Fiedler (Valparaiso) eine überaus einfache Improvisation, die ihm sehr gute Dienste geleistet hat. Aus einer 20—30 Fäden starken Lage von weißem Wollgarn macht man eine Schlinge von 35—45 cm Länge (je nach der Größe des kleinen Pat.) und befestigt an dem einen Ende der Schlinge zwei Stückchen weißen schmalen Leinenbandes (die in jedem Weißwarengeschäft käufliche Zephirwolle liegt bereits in Strähnen von ungefähr der angegebenen Länge). Nach Reposition des Bruches legt man die Schlinge wie einen Gürtel rings ums Abdomen, das mit den Leinwandbändchen verlängerte Ende wird durch die Schlinge gezogen; auf die Leistengegend kommt ein kleiner fester Ballen von Verbandwatte, die Kreuzungsstelle der Schlinge direkt darüber und das stramm angezogene Ende als Schenkelriemen ums Bein herum. Eine kleine Schleife der Leinwandbändchen befestigt denselben am Gürtel. Der elastische Druck des über dem Wattebausch gespannten Wollgarns genügt voll-

kommen, um den Wiederaustritt des Bruches zu verhüten. Läßt man die Mutter des Kindes 1/2 Dutzend solcher Wollschlingen anfertigen, so kann bei jedem Windelwechsel ein reines, neugewaschenes Band umgelegt werden. In den ersten Tagen kann das Kind ruhig mit demselben gebadet werden. Bei Doppelbruch natürlich zwei Schlingen! Die Sache ist reinlich, einfach, billig und leistungsfähig.
(Zentralblatt f. Chirurgie. 1906. Nr. 44.)

Vivsit hat Dr. F. Rosenthal (Wiener Allgem. Poliklinik) schätzen gelernt und empfiehlt das Nährpräparat warm. Er gab es Pat. mit erschöpfenden Krankheiten, Rekonvaleszenten, Anämischen usw. und konnte stets Vermehrung der roten Blutkörperchen, auffallende Steigerung des Hämoglobingehaltes, Zunahme des Körpergewichtes und der Kräfte wahrnehmen. Daß das Präparat auch bei Reizzuständen der Nieren gegeben werden darf, zeigte der Fall eines 12jährigen Kindes, das infolge einer Scharlachnephritis und multipler Abszesse sehr heruntergekommen war und wochenlang 4—5mal täglich 2 Kaffeelöffel des Präparates erhielt, das auch hier recht gute Dienste leistete.
(Berliner klin. Wochenschrift. 1906. Nr. 48.)

Einen Beitrag zur Formamint-Therapie liefert Dr. A. Blumenthal (Berlin, medizin. Poliklinik von Prof. Michaelis) auf Grund von Beobachtungen an 52 Pat. Am deutlichsten zeigte sich die Wirkung bei allen Arten von Angina (26 Pat., davon 14 Kinder), wo der Erfolg durchweg ein guter war. Beläge verschwanden rasch, die subjektiven Beschwerden traten schnell zurück. Bei Kindern war es sehr angenehm, daß sie nicht zu gurgeln brauchten; sie nahmen die „Bonbons“ immer sehr gern. Auch bei Tonsillarabszessen schafften die Tabletten immer ein Gefühl der Erleichterung und kürzten die Krankheitsdauer ab. Bei chron. Pharyngitis bewährte sich das Mittel ebenfalls, desgleichen bei Foetor ex ore. (Die Therapie der Gegenwart. Dez. 1906.)

Die Nährpräparate von Gebr. Weibezahn in Fischbeck (Weser), Hafermehl, Hafergrütze, Haferkakao und Haferkakes, sind schon seit langem als wohlschmeckende, haltbare, leicht verdauliche Nährmittel bekannt und haben sich in der pädiatrischen Praxis allenthalben eingebürgert. Denjenigen, welche diese Präparate bisher noch nicht benutzt haben, sollen diese Zeilen dazu empfehlende Anregung geben.

Zur Behandlung der Pertussis empfiehlt Dr. A. Briess (Wien, I. öffentl. Kinderkrankeninstitut) warm Antitussin, das, in Salbenform appliziert, eine recht günstige Einwirkung auf den Keuchhusten hat, wovon sich B. wieder bei einigen 30 Fällen überzeugen konnte. In der Mehrzahl der Fälle, die im ausgesprochenen Stadium convulsivum waren, trat schon mitunter nach überraschend kurzer Zeit eine auffallende Verminderung der Anfälle ein. Das Erbrechen sistierte gewöhnlich schon nach ein paar Tagen. Auch in den Fällen, bei denen eine besondere Häufigkeitsabnahme der Anfälle nicht stattfand, hatte die Intensität des Hustens bedeutend nachgelassen, derselbe wurde leichter und lockerer. In der Mehrzahl der Fälle im Stad. convulsivum ohne Komplikationen genügten 2—3 Wochen zu fast vollständiger Heilung. Bei einigen Fällen im Stad. catarrhale, wo der Annahme nach Keuchhusten sicher erwartet werden durfte, trat nach Antitussinanwendung eine Weiterentwicklung der Krankheit nicht ein. Auch bei heftigem Husten, der auf Laryngitis, Bronchitis usw. beruhte, machte sich die hustenmildernde Wirkung des Präparates oft in eklatanter Weise geltend.
(Wiener med. Presse. 1907. Nr. 8.)

Mechlings China-Eisenbitter hat Dr. B. Müller (Hamburg) in seiner Klientel (Erwachsene) mit bestem Erfolge bei Zuständen von sekundärer Anämie, Prostration der Kräfte, Verdauungsschwäche usw. angewandt. Vor allem trat stets zunächst die günstige Beeinflussung der Magenfunktionen zutage, welche dann sehr bald auch das Verschwinden der übrigen Krankheitssymptome veranlaßte. Das Eisen, das in dem Präparate in leicht resorbierbarer Form enthalten ist, wirkte natürlich seinerseits, und so wurden jene befriedigenden Resultate erzielt, welche M. zu einer warmen Empfehlung des Mittels führen.
(Die Heilkunde. 1906. Nr. 9.)

Eine neue Milchpumpe empfiehlt Dr. W. Kaupe (Bonn). Die Ibrahimsche Pumpe bedeutete schon einen großen Fortschritt, aber auch sie schützte noch nicht vor Verunreinigung der abgesogenen Milch mit Bakterien. K. hat deshalb an dieser Pumpe einige Modifikationen geschaffen, durch die jener Nachteil weg-

fällt und außerdem eine außerordentlich große Saugkraft erzielt wird. Die Pumpe eignet sich daher auch für Fälle, wo wir Flachwarzen durch kräftiges Ansaugen zu prominenten machen wollen, sowie für solche, wo wir einem Milchüberflusse oder einer Milchstauung abhelfen wollen.

(Münch. med. Wochenschrift. 1907. Nr. 3.)

Alboferin, eine Kombination von Eisen (0,68 %), Eiweiß (90,14 %) und Phosphorsäure (0,324 %), hergestellt von der Firma Dr. Fritz & Sachsse in Wien, hat Dr. Spitzer (Graz) mit bestem Erfolge ordiniert, und zwar Erwachsenen täglich 4—5 g (2—3 Teelöffel oder 15—20 Pastillen), Kindern die Hälfte. Meist waren es Kinder (40), die S. in den letzten 2½ Jahren mit Alboferin behandelte; davon waren 24 anämische Schulkinder (7—14 Jahre), 6 sekundäre Anämien, 3 Rachitiker, der Rest Chlorosen bei Mädchen. Die besten und raschesten Erfolge zeigten sich bei der kindlichen Anämie und bei der Chlorose. Zunächst machte sich fast in allen Fällen eine auffallende Steigerung des Appetits geltend, es folgte deutliche Gewichtszunahme, und bald besserten sich auch die übrigen Erscheinungen mehr und mehr. S. gab am liebsten die Tabletten (Schokoladetabletten bei Kindern), Erwachsenen täglich 15—20 Stück, Kindern die Hälfte, beginnend mit dreimal täglich 2 Stück zu den Mahlzeiten; das Pulver wird messerspitz- (bei kleinen Kindern) bis teelöffelweise pur oder mit Kakao gemischt mehrmals täglich in Milch genommen. S. hält Alboferin für ein gut brauchbares Präparat für alle Fälle, wo Eisenmedikation am Platze ist; es kommt aber seiner Phosphorkomponente wegen auch die Wirkung auf das Nervensystem besonders zur Geltung, endlich auch die Wirkung als Nährmittel wegen des hohen Eiweißgehaltes und seines appetitanregenden Effekts.

(Ärztl. Rundschau. 1907. Nr. 4.)

Monotal, ein neues externes Antiphlogistikum und Analgetikum, empfiehlt Dr. A. Hecht (Beuthen O.-S.). Das von der Firma Bayer & Co. in Elberfeld hergestellte Präparat, ein Äthylglykolsäureester des Guajakols, eine weiße Kristallmasse, die bei gelindem Erwärmen oder beim Verreiben auf der Haut zu einem farblosen, schwach aromatisch riechenden Öl zerfließt, reizt die Haut nicht und wird gut resorbiert. Für Erwachsene beträgt die Dosis pro die 4—5 g, 1—2mal auf Brust oder Rücken einzureiben resp. aufzupinseln, für Kinder (Säuglinge ausgeschlossen) entsprechend weniger. H. gibt 36 Fälle (darunter mehrere Kinder betreffend) wieder, bei denen das Präparat zur Anwendung kam. Vor allem zeigte es prompte schmerzstillende Wirkung, die bei Neuralgien, Neuritiden zum Ausdruck kam, auch in Fällen, wo alle möglichen medikamentösen und physikalischen Heilmethoden versagt hatten. Monotal bewährte sich bei akutem und chronischem Gelenkrheumatismus, bei Muskelrheumatismen, bei Erysipel und Pleuritis. Auch Erythema nodosum, Tendovaginitis, Perikardititis, Parotitis geben Indikationen ab für seine Anwendung. (Die Heilkunde. 1907. Nr. 1.)

Zur diätetischen Behandlung der Lungentuberkulose empfiehlt Dr. C. Stern (S. Remo) Puro, das er ca. 30 Pat. in allen Stadien der Lungentuberkulose gegeben hat, namentlich solchen, welche auch mit Chlorose und Appetitmangel behaftet waren. Geschadet hat Puro, das stets gut vertragen wurde und nie unangenehme Nebenwirkungen äußerte, in keinem Falle, im Stich gelassen mitunter, speziell in sehr vorgeschrittenen Fällen, geholfen aber oft, bisweilen, besonders in den Anfangsstadien, in hervorragender Weise, indem es zur Hebung der Körperkräfte in hohem Maße beitrug, zuweilen bedeutende Gewichtszunahmen bewirkte, das Allgemeinbefinden bedeutend besserte, die vorhandene Chlorose günstig beeinflußte. (Deutsche Medizinal-Ztg. 1907. Nr. 4.)

Robur, ein sich durch richtige Konzentration, durch hohen Eiweißgehalt (50 %) und durch reiche Extraktivstoffe und Nährsalze auszeichnendes Bouillonpräparat, hat Dr. A. Rahn (Dresden) erfolgreich bei Erschöpfungszuständen, chron. Magendarmstörungen, bei Chlorose und Anämie, in der Rekonvaleszenz, zur zeitweisen Nahrungsergänzung bei Kindern usw. angewandt und war mit den Erfolgen sehr zufrieden. Bei chron. Dickdarmkatarrh der Kinder bewährten sich Robursuppen und Roburbouillon (neben Eichelkakao) sehr. Bei Kindern mit lebhafter, erethischer Art, denen nur Schokolade, Milch und Obst geläufig war, brachte das Präparat sehr bald die Neigung zu regelmäßigen Mahlzeiten, zur Fleischkost. Auch bei chlorotischen Mädchen legte sich die Abneigung gegenüber geordneten Mahlzeiten, als sie Roburbouillon bekamen. (Ärztl. Rundschau. 1906. Nr. 47.)

Ein Schlittengestell für einen Kinderwagen hat Oberarzt Dr. Nerlich (Waldheim) konstruiert; es gestattet, die Kinder auch bei Schnee bequem zu fahren, ohne daß man einen besonderen Schlitten benötigt. Der ganze Wagen kann in einer Viertelminute auf dies Gestell aufgesetzt werden, die Räder bleiben 2 cm vom Erdboden entfernt. Bei Nichtbedarf kann das Gestell leicht am Wagen befestigt und so mitgenommen werden. (Müncheuer med. Wochenschr. 1907. Nr. 8.)

Ein neues aktives Korsett beschreibt Oberstabsarzt Dr. Heermann (Posen) wie folgt: „Das Korsett ragt nur wenig über die Gegend der Brustkrümmung bzw. des Rippenbuckels hinauf, ist vorn über dem Beckenteil zugeschnallt, trägt keine Armstützen, sondern eine feste Stütze aus zwei Stahlstangen mit Platte, welche sich gegen den Rippenbuckel richten; außerdem auf dem Darmbeinkamm eine Unterpolsterung, welche die Verschiebung des Oberkörpers überkorrigiert. Als wichtigstes Hilfsmittel enthält es aber, innen eingenäht oder auch nur untergestopft, auf dem Rippenbuckel der Brust- und Lendenkrümmung je einen entsprechend großen trockenen Gummischwamm. Der dauernde Druck dieser Schwämme sowie das dauernde Redressement durch die natürlichen Korrekturbestrebungen des Oberkörpers über die Platte als Stützpunkt hinweg üben eine ganz vorzügliche Wirkung auf die Wirbelsäule aus, so daß ein derartiges Korsett, welches übrigens aus jedem beliebigen Stoffe (sogar unter Umständen aus einem gewöhnlichen aptierten Damenkorsett) bestehen kann, ein wesentliches Hilfsmittel der Skoliosenbehandlung zu bilden imstande ist. Nebenbei besteht ein weiterer Vorteil darin, daß die Kinder beim Spiel und Turnen in ihren Bewegungen nur wenig behindert sind." (Deutsche med. Wochenschrift. 1907. Nr. 8.)

Goldkorn empfiehlt als Nähr- und Kräftigungsmittel für Kinder wie für Erwachsene Dr. Wallbach. Es handelt sich hier um ein reines, angenehm schmeckendes, nicht teures Pflanzenpräparat von guter Resorbierbarkeit und verhältnismäßig hohem Eiweißgehalt und reichlichem Gehalt an wasserlöslichem Kohlenhydrat. Es leistete recht gute Dienste bei Nervösen und Rekonvaleszenten, bei Erkrankungen der Verdauungsorgane und zur Verbesserung des Ernährungszustandes bei sonst gesunden, aber mageren und schwächlichen Personen. Die beigebrachten Krankengeschichten zeigen, daß das Präparat nicht nur von größeren Kindern, sondern auch von Säuglingen gut vertragen wird.

(Allgem. med. Zentral-Ztg. 1907. Nr. 4.)

V. Neue Bücher.

J. Trumpp. **Die ansteckenden Kinderkrankheiten.** München. J. F. Lehmann. Preis: Mk. 3.

T. hat farbige, recht gut gelungene Abbildungen von Masern, Röteln, Scharlach, Mandelentzündung, Diphtherie, Schafblattern, Pocken zu einer großen Wandtafel vereinigt. Den Bildern sind kurze belehrende Bemerkungen über diese Affektionen, sowie auch über Keuchhusten, Typhus, Influenza, Mumps beigefügt. Die Idee ist entschieden eine glückliche. Das Aufhängen der Tafel in den Familien, Schulen usw. dürfte wohl gute Früchte tragen. Grätzer.

W. Zweig. **Die Therapie der Magen- und Darmkrankheiten.** Wien u. Berlin. Urban & Schwarzenberg. Preis: Mk. 10.

Daß der Verf. imstande war, das ganze große Gebiet in einem Bande, auf knapp 400 Seiten, zu erledigen, beweist, daß er vollständig den Stoff beherrscht und daß er bestrebt gewesen ist, sich kurz zu fassen und alles Überflüssige beiseite zu lassen. Das war auch notwendig, da er einzig und allein die Bedürfnisse des Praktikers im Auge hatte, dem Praktiker einen Wegweiser für sein therapeutisches Handeln unter Berücksichtigung der Früchte modernster Forschung bieten wollte. Und das ist ihm vorzüglich gelungen. Das Buch ist nicht nur kurz, es ist auch gut. In fesselnder, präziser, klarer Darstellung wird dem Leser jede Affektion vorgeführt; jeder derselben ist ein Diätschema beigegeben, wie überhaupt auf die Diätetik besonderes Gewicht gelegt wird. Nicht

weniger spricht uns der Inhalt des allgemeinen Teiles an, welcher sich mit der Physiologie der Verdauung, der Ernährung und des Stoffwechsels beschäftigt, die Grundzüge der zweckmäßigen Ernährung, die Diätkuren, die physikalische und medikamentöse Therapie der Magen- und Darmkrankheiten, die rektale Ernährung erörtert. Z.s Buch wird sicherlich in den Kreisen der Praktiker sich viele Freunde erwerben. Grätzer.

Scheffer u. Zieler. **Deutscher Universitäts-Kalender.** Leipzig. Joh. Ambr. Barth.

Zum 70. Male erscheint dieser Kalender mit seinem reichen, übersichtlich geordneten Inhalt, welcher über alles Aufschluß gibt, was bei den einzelnen Universitäten nur irgendwie interessiert. Der 1. Teil bringt die Universitäten im Deutschen Reich, der 2. Teil (im gleichen Bande vereinigt) die Universitäten im benachbarten Auslande. Was man über das Wintersemester 1906/07 wissen will, findet man, aber auch noch unendlich viele allgemeinere Daten und Angaben über alle möglichen Dinge, nicht nur bei den einzelnen Universitäten, sondern auch eingehende statistische Tabellen über die Zahl der Studierenden und Lehrer, Berichte über Todesfälle, Personalveränderungen, neue Habilitationen, Angaben über die akademische Presse, über die Garnisonen der Universitätsstädte usw. Grätzer.

VI. Monats-Chronik.

Die durch die letzte Frühjahrsversammlung beschlossene diesjährige **gemeinsame Sitzung der Vereinigungen niederrheinisch-westfälischer und südwestdeutscher Kinderärzte** soll am Sonntag, den 14. April 1907, in Wiesbaden stattfinden, um den Teilnehmern zugleich den Besuch des für 15.—18. April festgesetzten Kongresses für innere Medizin zu ermöglichen. Genaueres Programm wird später mitgeteilt und auf Wunsch Nichtmitgliedern der Vereinigungen zugesandt. Anmeldungen von Vorträgen usw. baldigst erbeten an Dr. Lugenbühl, Wiesbaden, Schützenhofstr. 9.

Berlin. Geh.-Rat Prof. Dr. Heubner ist zum **Ehrenmitglied** der Gesellschaft für Innere Medizin und Kinderheilkunde in Wien gewählt.

Greifswald. **Gestorben** Prof. Dr. Krabler, Direktor der Kinderklinik.

München. Zur **Bekämpfung der Kindersterblichkeit** sind der Stadt 100000 Mk. gestiftet.

Düsseldorf. In der am 6. d. M. unter dem Vorsitz des Oberpräsidenten abgehaltenen Konferenz zur Beratung über den **Kampf gegen die Säuglingssterblichkeit** entwarf Prof. Dr. Schlossmann ein Programm für die zweckmäßigste Organisation der betreffenden Bestrebungen. Es wurde die Gründung eines Vereins für Säuglingsfürsorge für den Regierungsbezirk beschlossen.

Freiburg i. Br. Der Stadtrat hat einen **städtischen Schulzahnarzt** gewählt.

Glasgow. Die **Genickstarre** hat epidemischen Charakter angenommen. Von 103 Fällen im Januar sind mehr als 50 tödlich verlaufen. 50 % der Fälle haben Kinder unter 5, 30 % Kinder unter 10 Jahren betroffen.

Riedels Berichte sind zum 51. Male erschienen. Sie enthalten wiederum einige wissenschaftliche Arbeiten aus den Laboratorien der Chem. Fabrik J. D. Riedel (Berlin), sowie eine alphabetische Aufzählung neuerer Arzneimittel und Spezialitäten mit deren Zusammensetzung, Eigenschaften und Anwendungsweise. Riedels Mentor ist ein gutes Nachschlagebuch, das sich jeder kommen lassen sollte; es wird kostenlos abgegeben.

Kongresse. Auf folgende in diesem Jahre stattfindenden Kongresse machen wir aufmerksam:

Mai. 21.—23. VIII. Jahresversammlung des Deutschen Vereins für Schulgesundheitspflege in Karlsruhe.

August, 5.—10. II. Internat. Kongreß für Schulhygiene in London.

September, 12.—16. II. Internat. Kongreß der Gouttes de lait in Brüssel.

Verantwortlicher Redakteur: Dr. Eugen Graetzer in Friedenau-Berlin. — Verlag von Johann Ambrosius Barth in Leipzig. — Druck von Metzger & Wittig in Leipzig.

Centralblatt für Kinderheilkunde.

Eine Monatsschrift für praktische Ärzte.

XII. Jahrgang. 1. Mai 1907. No. 5.

I. Originalbeiträge.

(Mitteilung mit Demonstration in der Odessaer Ärztegesellschaft.)

Ein Fall von Darmverschluß durch Ascaris lumbricoides bei einem 6jährigen Mädchen.

(Abgang von 110 Exemplaren. Ausgang mit Genesung.)

Von

Dr. med. **J. Winocouroff.**

Die Anwesenheit von Würmern im Darmkanal kann von verschiedenen Erscheinungen, von denen einige von sehr stürmischem Charakter sind, begleitet sein. Nicht nur der Pädiater, sondern jeder praktische Arzt hat wohl nicht selten mit diesen oder jenen Komplikationen, die durch Darmparasiten hervorgerufen werden, zu tun gehabt. Diese Komplikationen können im Kindesalter zunächst reflektorischen Charakters sein, und das Nervensystem des Kindes ist in dieser Hinsicht besonders empfindlich, wobei die Reaktion seitens desselben bald in Form von gewöhnlicher Reizbarkeit und erregtem Zustand des Individuums, bald sogar in Form von Krampfanfällen und Meningismus, welcher hauptsächlich von französischen Autoren beschrieben ist, sich äußern kann.

Die Häufigkeit der Würmer bei Kindern im Alter von 2 bis 15 Jahren macht laut den Beobachtungen von Schmidt, Keßler, Dolgopol etwa 55% aller Erkrankungen aus. Von den verschiedenen Arten nimmt Oxyuris vermicularis den ersten Platz ein = 33%, Ascaris lumbricoides 19%, Trichocephalus dispar 9%. Botriocephalus latus 5%, Taenia saginata 1,2%, Taenia solium 0,7%.

Eine nicht minder wichtige Rolle können die Würmer in der Störung der allgemeinen Ernährung und sogar der Blutbildung spielen.

Anämia perniciosa, bedingt durch Darmschmarotzer, ist auch keine seltene Erscheinung; ich hatte vor einigen Jahren die Ehre, über einen solchen Fall aus der Kinderabteilung des Odessaer Israelitischen Krankenhauses mit Demonstration des Kranken zu referieren. Nach dem Abgang von 36 Exemplaren von Ascaris lumbricoides erholte sich unsere Kranke, die früher ein deutlich ausgesprochenes Bild von Anämia gravis zeigte, sehr schnell und wurde aus der Abteilung vollständig gesund entlassen.

Nach der gegenwärtigen Anschauung der meisten Autoren werden die beiden Kategorien der beobachteten Erscheinungen durch die Wirkung erklärt, die die von den Darmparasiten produzierten Gifte auf den kindlichen Organismus ausüben. Eine in dieser Hinsicht sehr interessante Beobachtung führt ein italienischer Arzt Papi in Gaz. degli osp. vom 10. Juni 1900 an: Ein 18 monatliches Kind litt an Gastroenteritis und Husten, es hatte sich sogar Cheyne-Stokessches Atmen entwickelt. Nichts fand sich in den Lungen und im Herzen, was man als Ursache dieser Erscheinungen anschuldigen konnte. Nach dem Erbrechen, bei dem auch eine Ascaris abging, besserte sich die Atmung, die Genesung trat erst nach Abführ- und Wurmmitteln ein. Sobald die Würmer abgetrieben waren, wurde die Atmung normal.

Zu den selten vorkommenden Komplikationen rechnet man den Verschluß der Därme durch Askariden. Die Möglichkeit einer solchen Komplikation wurde eine Zeitlang von den alten Autoren geleugnet. Im Jahre 1885 hat aber Galvagno Bordaroni einen solchen Fall, der durch die Obduktion bestätigt wurde, veröffentlicht. Und Stepp führt in der Münchn. med. Wochenschr. Nr. 51 im Jahre 1887 einen Fall von einem 4jährigen Kinde an, bei dem er bei der Obduktion 50 Askariden fand, die hermetisch das Lumen des Darmes oberhalb der Bauhinischen Klappe verschlossen hatten. Botoff hat im Jahre 1897 (Journ. de clinique et terapeut. 1897. Nr. 10) einen Fall von Darmverschluß mit nachträglicher Perforation und tödlicher Peritonitis beschrieben. Bei der Obduktion fand man etwa 500 Askariden in den Därmen. Ähnliche Beobachtungen sind auch von anderen Autoren beschrieben worden. So von Rocheblave (Gazette des hopit. 18. Juni 1898), Barkle (Archives of Pediat.) u. a. Die Skepsis der alten Autoren ist um so unbegründeter, als ganz außerordentliche Fälle in dieser Beziehung beschrieben werden, wie z. B. ein Fall von Dr. Petit aus Lyon, welcher innerhalb 5 Monate 2500 Askariden bei einem Kinde abgetrieben hat, oder der Fall von Dufresne, wo bei einem 12jährigen Knaben in einem Zeitraum von 3 Jahren 5000 Askariden per os und per anum abgingen. Die Ansammlung von großen Mengen von Askariden im Darm kann mitunter symptomlos, wie in Henochs Fall verlaufen; solche Beobachtungen sind aber selten. Gewöhnlich ruft die Ansammlung von großen Mengen von Askariden im Darm sehr bedrohliche Erscheinungen hervor, wie es auch in unserem Falle, zu dessen Beschreibung ich jetzt übergehe, zu beobachten war.

Am 12. August wurde in die Poliklinik der praktischen Ärzte ein Mädchen, Klara Ribakoff, in einem sehr schweren Zustand eingeliefert. Abdomen stark aufgetrieben und sehr empfindlich, bei Berührung anhaltendes Erbrechen. Anamnestisch hat sich folgendes herausgestellt: das Kind war niemals krank. Vor einem Monate hat es ohne sichtbare Ursache und ohne Prodromalerscheinungen erbrochen und in der erbrochenen Masse wurde eine große Menge von Ascaris lumbricoides gefunden. Am nächsten Tag ist ein Exemplar auch mit dem Stuhl abgegangen. Seitdem klagt das Mädchen über Schmerzen im Unterleib, wobei weder Übelkeit, noch Salivation — die üblichen bei den Kindern, die an Helmenthiasis leiden, anzutreffenden Symptome, bestanden. Nachts öfters Aufschreien, aber keine Erscheinungen von Nachtschrecken. Im letzten Monat blieb die Darmfunktion normal trotz der Schmerzen im Abdomen. Die sorgfältigsten

Untersuchungen des Stuhlgangs konnten niemals Würmer in demselben nachweisen. Auch am Vorabend der stürmischen Erscheinungen, die die Eltern ärztliche Hilfe nachzusuchen nötigten, war der Stuhlgang beim Kinde vollständig normal. An dem Tage, vor dem ich die Kranke zum erstenmal sah, trat schon morgens erhöhte Temperatur und hartnäckiges Erbrechen ein, wobei sogar eiskaltes Wasser nicht behalten wurde. Bald nachher nahm das Erbrochene einen galligen Charakter an. Zugleich wurde der Unterleib aufgetrieben und die Auftreibung vergrößerte sich sehr schnell, die Schmerzen wurden heftiger, und die Eltern beschlossen, ohne die Ankunft des Arztes abzuwarten, das Kind in die nächste Poliklinik zu bringen. Die Kranke, von schlechtem Ernährungszustand, das Unterhautfettgewebe schwach entwickelt, sehr reizbar. Temperatur 38°, Puls frequent, bis 120, von mangelhafter Füllung, Herztätigkeit normal. Abdomen stark aufgetrieben — deutlich ausgesprochener Meteorismus; aber infolge des schwach entwickelten Unterhautfettgewebes gelang es mittels vorsichtiger Palpation einen höckerigen, etwa zwei Finger unterhalb des Nabels gelegenen Tumor von unregelmäßiger Form abzutasten, der bei der Perkussion einen gedämpften Schall gab. Ähnliche Geschwülste sind fast im Niveau des Nabels zu seinen beiden Seiten zu palpieren. Bei vorsichtiger Perkussion des ganzen Abdomens ist deutlich eine Dämpfung über den Stellen der Geschwülste und dort, wo dieselben nicht zu palpieren sind, ein Übergang in eine deutliche Tympanie des Darmes zu konstatieren. Es ist noch hinzuzufügen, daß alle Bestrebungen des Kindes, den Darm zu entleeren, erfolglos blieben. Solch ein klinisches Bild, zusammen mit der Anamnese (Abgang von Askariden) ließ unwillkürlich den Gedanken aufkommen, daß man wahrscheinlich einen akut aufgetretenen Darmverschluß, bedingt durch Ansammlung von Askariden, vor sich hatte. Ich konnte mich aber schwer entschließen, angesichts solcher stürmischen Erscheinungen bald das entsprechende Wurmmittel zu geben, und begnügte mich mit der Verordnung einer Eisblase auf den Unterleib, innerlich Emuls. Amyg. mit 5 Tropfen Opium und einen eiskalten Tee zu geben.

Den nächsten Tag ließen die Schmerzen und das Erbrechen nach. Abdomen ebenso aufgetrieben wie vorher, aber weniger empfindlich. Kein Stuhlgang. Dienstag, den 14. August gingen durch den After ohne besondere Erscheinungen Askariden allein ohne Fäkalmassen ab. Am 15. August wurde dem Kinde Santonin 0,03 zusammen mit Calomel 0,05 pro dosi verordnet. Nach dem dritten Pulver stellte sich das Erbrechen wieder ein; es wiederholte sich 2 mal. Diesmal waren aber die Schmerzen nicht so heftig, wie in den ersten 2 Tagen der Erkrankung. Infolge des aufgetretenen Erbrechens gaben ihm die Eltern nach eigener Initiative kein Pulver mehr; den nächsten Tag erschien beim Kinde der erste Stuhlgang, mit dem 16 Askariden abgingen. Der Meteorismus wurde geringer, obwohl noch einige Empfindlichkeit bestand. Erbrechen trat nicht mehr auf, das Kind klagte aber noch immer über Übelkeit.

Weil die Temperatur normal war und keine peritonitischen Erscheinungen bestanden und der ständige Stuhldrang des Kindes resultatlos blieb, entschloß ich mich zu einer geringen etwa $^1/_2$ Glas vollen Einpressung von kaltem, abgekochtem Wasser; innerlich eine Resorzinsolution von $^1/_3$ g pro dosi. Das in den Darm eingeführte Wasser wurde dort behalten, und den nächsten Tag, am 18. August, hatte die Kranke einen wässrigen, grünlich gefärbten Stuhlgang und binnen sehr kurzer Zeit gingen 76 Exemplare von Askaris vollständig schmerzlos ab. Am 16. August wiederum ein wässriger Stuhlgang mit Abgang von 6 Askariden. Schon nach dem Abgang der 76 Exemplare nahm der Unterleib seine gewöhnliche Form an, alle schmerzhaften Empfindungen verschwanden, und der Zustand der Kranken besserte sich dermaßen, daß ich mich entschloß, sie allmählich ernähren zu lassen. Die Kranke besserte sich sehr schnell.

Nach 5 Tagen wurden mir noch 7 Askariden zugestellt, und ich sammelte somit 110 Stück.

Seitdem hat das Mädchen, nach sorgfältigster Beobachtung seitens der Eltern, keine Askariden mehr entleert.

II. Referate.

E. Fricker (Bern), Über zwei Fälle von Darmeosinophilie. (Münch. med. Wochenschrift. 1907. Nr. 6.) Von den zwei Fällen betraf der eine ein Kind von $2^1/_2$ Jahren.

Der kleine Patient leidet seit 1 Jahre an periodenweise auftretenden Diarrhöen. In den letzten Monaten sollen den dünnflüssigen Stühlen fast immer reichlich Schleim und Spuren von frischem oder zersetztem Blut beigemischt gewesen sein. Appetit während der ganzen Zeit gut; kein Erbrechen. Das Kind klagte nie über Schmerzen, war stets lebhaft, hat nie gefiebert, wurde aber zusehends blässer.

Untersuchung am 24. August 1905. Stark anämisches Kind mit normalen Zirkulations- und Respirationsorganen, ohne Zeichen von Konstitutionsanomalien. Im frischgelassenen, dünnflüssigen, stark fötid riechenden, gelb-rötlich aussehenden, stark schleimhaltigen Stuhl vereinzelt rote Blutkörperchen und — namentlich in Eiterflocken eingebettet — zahlreiche Charcot-Leydensche Kristalle, sowie massenhaft gut erhaltene Leukozyten, zumeist aus eosinophilen Zellen bestehend. Eier von Trichocephalus dispar in sehr großer Zahl. Blutuntersuchung: Hb-Gehalt 48%.

Auf Aussetzen der Kuhmilch, Verabreichung von Kindermehlen, Sol.-Fowl. und Eisentropon, Darmspülungen mit Actol (0,5—1 Prom.) verschwanden die diarrhoisch-blutigen Stühle nach einiger Zeit völlig, der Hb-Gehalt stieg auf 60%. Aber am 23. Oktober wieder diarrhoisch-blutige Stühle. Stuhluntersuchung gleiches Resultat wie das erstemal. Auf Tannin innerlich, Darmspülungen mit Wismutaufschwemmungen und strenge Diät wieder Stuhl normal. Am 20. Dezember wieder Rezidiv. Thymol in großen Dosen. Von jetzt ab keine Diarrhöen mehr. Spätere Untersuchungen ergaben geringe Beimischung von Schleim zum gutgeformten Stuhl, keine Leukozyten, nur ganz vereinzelte Trichocephaluseier.

Zweifellos waren die schwere Enteritis und Anämie hier auf eine Überschwemmung des Darmes mit den Trichocephaluseiern zurückzuführen. Daß dieser Darmschmarotzer manchmal die schwersten Krankheitserscheinungen hervorruft, lehrten schon frühere Fälle aus der Literatur.

Grätzer.

H. Brüning, Weitere Erfahrungen mit dem amerikanischen Wurmsamenöl (Ol. Chenopodii anthelmintici) als Antiascaridiacum bei Kindern. (Aus der Kinderabteilung der Universitätsklinik in Rostock.) (Deutsche med. Wochenschrift. 1907. Nr. 11.) B. hat jetzt 20 Kinder im Alter von 3—13 Jahren mit dem Mittel behandelt und es als prompt wirkendes Antiascaridiacum ohne unangenehme Nebenwirkungen kennen gelernt (nur manchmal etwas Brechreiz und vorübergehende Schmerzen in der Magengegend bei empfindlichen Kindern). Das Präparat (Schimmel & Co., Miltitz) wurde in Tropfenform verabreicht, je nach dem Alter 3mal 8—15 Tropfen (etwas warme Milch nachtrinken lassen!) in Zuckerwasser verrührt, hinterher ein Abführmittel, alles in 1stündigen Pausen. Es gelang in fast allen Fällen, so die Askariden bis zum anderen Morgen abzutreiben; nur bei wenigen war Wiederholung der Kur am nächsten Tage nötig.

Auch das aus dem Ol gewonnene ätherische Öl ($C_{10}H_{16}O_2$) zeigte die gleiche Wirkung.

Grätzer.

J. J. Jefimow, Eine Urinreaktion als neues diagnostisches Mittel bei der Helminthiasis des Menschen. (Semaine médicale. 1906. Nr. 47.) Ausgehend von der Annahme, die von den einen übrigens bis jetzt noch negiert und von den anderen be-

reits akzeptiert ist, daß die Darmparasiten, ebenso wie die Mikroorganismen, besondere Toxine produzieren, die schließlich in den Säftestrom ihres Wirtes übergehen, versuchte der russische Militärarzt die Gegenwart dieser Toxine im Urin festzustellen, und er glaubt mit Hilfe der von ihm angegebenen Urinreaktion die oft schwierige Diagnose einer Helminthiasis zu einer sicheren machen zu können. Wenn man sich der Schwierigkeiten erinnert, die der Feststellung von Darmparasiten sich so oft entgegenstellen, mehr noch der überaus vieldeutigen Symptome, deren wahre Ursache man eben nur ahnt, so müßte allerdings ein Verfahren willkommen geheißen werden, das uns in der Diagnose der Darmparasiten ein zuverlässiges Resultat gibt. Die Reaktion ist folgende: 5—10 ccm frisch entleerten Urins werden in einem Reagenzglas bis zum Aufkochen erhitzt, worauf man 5—10 Tropfen Quecksilbernitrat hinzufügt. Beherbergt der Patient keine Darmparasiten, so wird der Urin milchig und setzt alsbald einen weißen Niederschlag ab, handelt es sich um einen Fall von Helminthiasis, so bildet sich alsbald eine mehr oder weniger dunkelgraue Verfärbung, die bis zu schwarz reichen kann. Nach der großen Zahl der Prüfungen, die J. angestellt hat, über 1000, soll die oben angegebene Reaktion absolut sichere und konstante Resultate geben. Dabei sind gewisse Fehlerquellen zu vermeiden, indem gewisse chemische Substanzen mit dem Quecksilbernitrat einen braunen bis schwarzen Niederschlag geben, der den Arzt irreführen kann. Dazu gehören im allgemeinen die Alkalien, die schwefelhaltigen Körper (Pulv. Doveri z. B.) ferner die bleihaltigen Substanzen, gewisse Eisensalze usw. Morphium, Salizylsäure, Phenol, Zink- und Kupfersalze, Chinin und Antipyrin geben die Reaktion nicht, wenigstens in vitro. Eiweiß, Zucker, Indikan bleiben ohne Einfluß auf die Reaktion, während Eiter dagegen sie verändert. Über die Art der Darmparasiten freilich, ob Rund- oder Plattwürmer, besagt die Reaktion nichts; darüber soll vielmehr die mikroskopische Untersuchung der Urinkristalle Aufschluß geben: Bei Bandwürmern findet man in dem auf einem Objektträger ausgestrichenen und über der Spirituslampe erwärmten Urin zahlreiche feine granulierte Kristalle, während man bei Nematoden kruziforme Kristalle bekommt, die bei Askariden besonders groß und schön sein sollen, bei Feuchtigkeit sich schnell auflösen, von neuem erwärmt aber sich wieder zeigen. H. Netter (Pforzheim).

S. J. Jassny, Über die Behandlung von Scharlachnephritis mit Oleum Terebinthinae. (Aus der Scharlachabteilung des städt. Kinderspitals zu Charkow.) (Deutsche Ärzte-Ztg. 1907. Nr. 5.) J. gab Ol. terebinth. gallic. rectific. pro usu interno 3 mal täglich 15—25 Tropfen in Milch 20 Kindern. 12 davon hatten eine hämorrhagische Nephritis, und in 8 davon (66 %) verschwand das Blut rasch aus dem Harn, je 1 mal nach 1, 2, 3 Tagen, 2 mal nach 4 Tagen, je 1 mal nach 5, 6, 7 Tagen. 2 mal war das Mittel von geringer Wirkung, und 2 mal zeigte sich 2 Tage nach Verordnung des Terpentins Blut im Harn, der früher nur Eiweiß enthielt, und wenn auch die Blutung unter dem Einfluß der Terpentinbehandlung nach 6 bzw. 10 Tagen verschwand, so entsteht doch die Frage, ob

nicht die Blutung durch das Terpentin hervorgerufen wurde. Eiweiß wurde in allen 20 Fällen konstatiert, doch schwand es bei der Behandlung in der Mehrzahl der Fälle rasch; nur einige Male dauerte es etwas länger, und 1 mal versagte Terpentin ganz. J. kommt zu folgenden Schlüssen:

1. Das Terpentin reizt in geringen Quantitäten nicht einmal kranke Nieren.

2. Das Terpentin führt in vielen Fällen von Scharlachnephritis zu raschem Verschwinden des Eiweißes und des Blutes aus dem Harn.

3. Das Terpentin muß, wenn ein dauerndes Resultat erzielt werden soll, dem Kranken noch eine gewisse Zeit nach dem Verschwinden des Eiweißes und des Blutes aus dem Harn gegeben werden.

4. Es wäre erwünscht, die Wirkung des Terpentins auf den Scharlach selbst und auch als Prophylaktikum gegen Nephritis einer Prüfung zu unterziehen.

Grätzer.

S. Slatogorow, Über die Anwendung der Streptokokkenvakzine bei Scharlach. (Beilage z. St. Petersbg. med. Wochenschr. 1906. Nr. 25.) Die Versuche wurden mit der Antistreptokokkenvakzine Gabritschewskis in Moskau ausgeführt. Die Impfungen erwiesen sich als völlig ungefährlich, und wenn auch ein abschließendes Urteil nicht möglich ist, so hat Autor doch den Eindruck, daß zweite Vakzination einen Schutz gegen Scharlach gewährt. In jedem Fall bewirkt schon einmalige Impfung einen leichteren Verlauf des Scharlachfalles selbst um besonders seiner Komplikation. H. Netter.

A. Posselt, Höchstgradiger septiko-pyämischer Scharlach. (Wiener med. Wochenschrift. 1907. Nr. 10.) Es handelt sich um einen 34 jähr. Kranken, in dessen Familie ein Kind eine Woche vorher an Scharlach gestorben war, zwei weitere Kinder ebenfalls sehr schwer an Scharlach darniederlagen. Patient hatte allerschwerste Erscheinungen: hochgradiges Fieber mit allgemeiner Schwäche und rasch eintretender Prostration, sehr starkes universelles Exanthem, das schon am Anfange des dritten Krankheitstages petechialen Charakter annahm und während der nächsten Tage zu enorm großen Hautblutungen führte, ferner: heftige Diarrhöen, beträchtlichen Milztumor, schweren Ikterus, Gelenksaffektionen, Benommenheit, Herzschwäche.

Trotz wiederholter universeller Ung. Credé-Einreibungen und reichlicher Kollargolklysmen schritt die Krankheit rapid fort, sodaß Patient zeitweise den Eindruck eines Moribunden machte. Die Wirkung des Moserschen Scharlachserums war dann eine ungemein prompte. Wenn auch die erste Injektion nur temporären Nachlaß einiger Symptome brachte, so führte die zweite und dritte zu derartiger Besserung, daß sich das Krankheitsbild wie mit einem Schlage änderte und die Krankheit in unmittelbarem Anschluß daran in die Rekonvaleszenz überging. Es ist ja freilich möglich, daß das eingeschlagene Verfahren günstigere Bedingungen für die nachherige Serumbehandlung schuf, oder daß die Silbertherapie in kumulativer Art eine Spätwirkung entfaltete und so noch mit einer Komponente am Heilerfolg beteiligt war. Es ist daher sehr wohl auch

ein Versuch der Silbertherapie gerechtfertigt, zumal diese meist sofort ausführbar ist, während die Beschaffung des Scharlachserums umständlich ist und einige Zeit erfordert, während welcher man sonst die Hand in den Schoß legen müßte. Grätzer.

A. M. Menendez, 7 Scharlachinfektionen bei einem Individuum. (Rev. de Med. y Cir. Pràct. 21. X. 1906.) Patient machte vom 7.—21. Lebensjahr 7 mal Scharlach durch; die Diagnose der einzelnen Attacken ist von den ersten medizinischen Autoritäten Spaniens gestellt. M. Kaufmann.

Gaetano Finizio, Über die Roseola scarlatinosa. (La Pediatria. Juli 1906.) Verf. beschreibt 3 Fälle aus derselben Familie, von denen er zwei als Roseola scarlatiniformis, den dritten als Mischform von Roseola scarlatiniformis und morbiliformis bezeichnet. Zwischen der ersten und zweiten Erkrankung lag ein Zwischenraum von 11 Tagen. Verf. begründet seine Diagnose und schließt sich auf Grund der in dem einen seiner Fälle beobachteten Tatsache, daß neben dem scharlachähnlichen Exanthem masernähnliche Flecken bestanden, der Meinung an, daß die Roseola scarlatinosa keine Erkrankung sui generis, sondern nur eine Varietät der gewöhnlichen Roseola darstellt. F.

W. v. Starck, Zur Diagnose der Barlowschen Krankheit (des kindlichen Skorbut). (Münch. med. Wochenschrift. 1907. Nr. 10.) v. St. berücksichtigt speziell die Punkte, welche zu Schwierigkeiten bei der Diagnose Veranlassung geben, und geht dabei von den wichtigsten Symptomen der Barlowschen Krankheit aus. Dies sind: 1. zunehmende Anämie, 2. hämorrhagische Schwellung des Zahnfleisches, 3. Schmerzen bei Bewegungen, 4. Auftreibung von einem oder mehreren Röhrenknochen, 5. Hämaturie, 6. hämorrhagische Schwellung der Augenlider und Exophthalmus. Diese Symptome können eventuell ganz im Stich lassen.

Die Krankheit braucht nicht mit Anämie zu beginnen; in frischen Fällen kann dieselbe trotz sonstiger ausgesprochener Erscheinungen fehlen. v. St. schildert einen solchen Fall.

Das Zahnfleisch ist öfters, auch wenn bereits Zähne vorhanden sind, so wenig verändert, daß diese Veränderung ganz übersehen wird. Auch dafür gibt v. St. zwei Beispiele, wo Hämaturie und Nierenreizung im Vordergrunde standen, Zahnfleischveränderungen aber fast gar nicht zu konstatieren waren. In einem anderen Falle dagegen lag eine sehr schwere Mundaffektion vor, welche durchaus der für den Skorbut der Erwachsenen charakteristischen entsprach.

Die Schmerzhaftigkeit an den Knochen ist oft so stark, daß eine Pseudoparalyse eintritt. Dann könnte wohl eine Verwechslung mit einer luetischen Pseudoparalyse vorkommen; doch führt die Osteochondritis luetica bereits in den ersten Lebenswochen dazu, in einer Zeit, wo die Barlowsche Krankheit noch nicht vorkommt. An sonstigen Luessymptomen pflegt es auch daneben nicht zu fehlen; auf dem Röntgenbild würde man den für Barlow charakteristischen Schatten am Ende der erkrankten Diaphyse vermissen. Anderseits

ist das Vorhandensein der Schmerzen für die Diagnose kein Erfordernis; ebensowenig eine Auftreibung von Knochen.

Das Symptom der hämorrhagischen Schwellung der Augenlider mit und ohne Exophthalmus ist so auffallend, daß eine Verwechslung kaum möglich ist. Schwierigkeiten in der Deutung können eher entstehen, wenn nur Exophthalmus da ohne hämorrhagische Verfärbung der Lider. Dann wird vielleicht ein Hydrocephalus in Frage kommen können, doch die akute Entwicklung des Exophthalmus und der Mangel sonstiger Symptome erhöhten zerebralen Druckes gegen eine solche Annahme sprechen. Es ist daran festzuhalten, daß ein rasch entstandener, doppelseitiger, auch einseitiger Exophthalmus im jugendlichen Alter die Folge eines retrobulbären Blutergusses im Zusammenhang mit Barlowscher Krankheit sein kann.

Hämaturie kann als einziges sichtbares Symptom der hämorrhagischen Diathese bestehen.

Schließlich gibt es eine „Forme fruste“ der Barlowschen Krankheit. Dafür führt v. St. ein Beispiel an. Das 9 Monate alte Kind, das nur seit einigen Wochen weniger frisch erschien wie früher und das rechte Bein nur weniger lebhaft bewegte, bot objektiv sonst nur ganz wenig ausgeprägte Symptome dar. Rohe Kuhmilch brachte in kurzer Zeit die alte Gesundheit wieder. Die prompte Wirkung der Ernährungstherapie wird in zweifelhaften Fällen für die Diagnose mit verwertet werden können. Grätzer.

Liudolfo Belloc, Infantiler Skorbut, „forme fruste“. (Rev. de la Soc. Méd. Argentina 1905. Sept.—Okt.) 8 Monate altes Kind, das infolge des plötzlichen Todes der Mutter mit 15 Tagen Backhaus-Milch als Nahrung bekam. Dabei entwickelte sich das Kind sehr gut. Nach und nach wurde der Schlaf unruhig, beim Anfassen der Arme weinte das Kind. Die Schmerzen schienen besonders in den Beinen lokalisiert zu sein. Appetit geringer. Ein hinzugezogener Arzt behandelt den Zustand als rheumatischen, ohne Erfolg, 15 Tage lang, worauf das Kind dem Hospital zugeführt wird. Guter Ernährungszustand, bleiches Gesicht, häufiges Weinen, besonders wenn man die Beine bewegt. Leichte Schwellung am inneren Fußrand beiderseits. Zwei untere Schneidezähne, Zahnfleisch gesund. Keine Rachitis, Urin leicht sanguinolent. Temp. 37,1°. Therapie: frische Milch und Zitronensaft; sofortige Besserung und schnelle Heilung.

H. Netter (Pforzheim).

H. Rehn, Weiterer Beitrag zur Charakteristik der Barlowschen Krankheit. (Medizin. Klinik. 1907. Nr. 9.) Kürzlich in einer Publikation hatte R. gesagt: „Der charakteristische Röntgenbefund von dem vorher angeführten, relativ frischen Fall scheint mir zu beweisen, daß der Stillstand der Einschmelzung bereits in der ersten Zeit der Erkrankung stattfindet, und legt die Vermutung nahe, daß er direkt unter dem Einfluß der fehlerhaften Ernährung und nicht unter dem einer Markerkrankung bzw. Blutung zustande kommt.“

Ein neuerdings von R. beobachteter, ganz frischer Fall brachte in dem erhobenen Röntgenbefund die Bestätigung dieser Annahme. Man konnte hier konstatieren, daß die sich in der Persistenz der prä-

paratorischen Verkalkungslinie, also den Stillstand des Einschmelzungsprozesses charakterisierende Störung sich über das ganze Skelett erstreckte und die erste Phase der Barlowschen Krankheit darstellte, während die hämorrhagische Diathese erst in zweiter Linie steht. Jedenfalls waren in dem Falle Blutungen nicht in Rechnung zu ziehen, denn von einer hämorrhagischen Diathese war klinisch, abgesehen von der, wahrscheinlich durch einen subperiostalen Bluterguß am unteren linken Femurrande bedingten Druckempfindlichkeit und Bewegungsstörung nichts nachzuweisen. Es gibt hiernach schon eine Barlowsche Krankheit als Wachstumsstörung ohne hämorrhagische Diathese.

In betreff der letzteren dürfte es nun von besonderem Interesse sein, zu erfahren, daß sich bei einer anderen, ganz heterogenen Erkrankung, der akuten Leukämie, am Knochensystem nahezu dieselben mikroskopischen Veränderungen finden bzw. finden können, wie bei der Barlowschen Krankheit.

R. schickte an Prof. Schmorl die Rippe eines 9jähr. Knaben, welcher an akuter Leukämie unter profusen Blutungen gestorben war. Schmorl schrieb nach der Untersuchung: „Sie werden daraus ersehen, daß der Befund in allen wesentlichen Punkten derselbe ist wie bei der Barlowschen Krankheit. Hier wie dort begegnen wir als sehr charakteristischem Befund einer Verminderung der Knochensubstanz im Bereich der endochondralen Ossifikation, weniger in dem der periostalen. Dieselbe ist hier wie dort auf eine mangelhafte Anbildung neuer, weniger auf eine Resorption alter Knochensubstanz zu beziehen. Ferner finden wir auch im der vorliegenden Rippe die Umwandlung des Knochenmarkes in sogen. Gerüstmark: allerdings ist diese Veränderung nicht so markant wie bei Barlow, aber doch jedenfalls vorhanden. Die für die Barlowsche Krankheit charakteristischen Blutungen werden ebenfalls nicht vermißt; sie liegen hier genau so wie bei Barlow vorwiegend in den subchondralen Zonen; die periostalen Blutungen sind allerdings nicht sehr ausgedehnt, werden aber vielleicht durch das leukämische Infiltrat zurzeit verdeckt. Daß die Markveränderungen von den endostalen Blutungen abhängig seien, dafür habe ich, wenngleich Blutungen und Markveränderungen vielfach zusammenfallen, doch keinen so sicheren Anhaltspunkt gefunden, um dieser Ansicht für den vorliegenden Fall beitreten zu können. Jedenfalls kann die mangelhafte Ausbildung der Spongiosa nicht von den Blutungen abhängig gemacht werden, dazu sind letztere viel zu frisch. Infolge der mangelhaften Ausbildung der Spongiosa in den subchondralen Zonen ist es hier zu einer Fraktur gekommen, also eine weitere Übereinstimmung mit Morbus Barlow.

Wie ist nun der nahezu gleiche Befund am Knochensystem bei zwei so verschiedenartigen Krankheiten zu erklären? Zum Teil stehen dieselben zweifellos unter den Einfluß der beiden Erkrankungen gemeinsamen hämorrhagischen Diathese; dagegen könnten wohl die mangelhafte Ausbildung der Spongiosa und die Markveränderungen, welche nach Schmorl nicht auf letztere zurückgeführt werden können, auf die ebenfalls gemeinsame tiefe Ernährungsstörung zu beziehen sein.

Grätzer.

H. Rehn, Über kindlichen Skorbut. (Medizin. Klinik. 1906. Nr. 28.) R. faßt die Barlowsche Krankheit als einen dem Erwachsenenskorbut analogen Prozeß auf. Er sah künstlich ernährte Kinder daran leiden. Die Affektion trat bei Ernährung mit Kindermehl und ungenügendem Zusatz von abgekochter Milch in einer Mehrzahl von Fällen auf, sodann bei Backhaus- und Gärtnermilch, in einigen wenigen Fällen auch bei im Soxhlet länger als 10 Minuten sterilisierter Milch, 1 mal bei nachgekochter, vorher pasteurisierter Milch. Die Patienten waren 7—11 Monate alt und gehörten ausschließlich bestsituierten Familien an. Da die große Mehrzahl der Erkrankungen bei der Ernährung mit meist hochsterilisierter Milch beobachtet wird, so weist alles daraufhin, daß durch den Prozeß der Sterilisierung der Milch eine Eigenschaft entzogen wird, welche der frischen Milch innewohnt. Dies wird durch den raschen Heileffekt der letzteren zur Evidenz bewiesen. Hierin ist aber nach R.s Ansicht zugleich die Berechtigung zu der Annahme begründet, daß es sich weder um eine bakterielle Infektion, noch um chronische Intoxikation handelt und ebensowenig um eine Erkrankung des Knochenmarkes wie der Blutgefäße.

Was die Behandlung anbelangt, so läßt R., wenn keine Darmstörung besteht, ohne Bedenken ungekochte Milch reichen, zumal er auf Grund langjähriger Erfahrung zu der Ansicht gelangt ist, daß eine Übertragung der Rindertuberkulose auf das Kind durch die Milch mindestens zu den größten Seltenheiten gehört. Nach eingetretener Besserung und in leichten oder Frühfällen sofort, läßt R. kurz aufgekochte Milch nehmen (daneben Fleischsaft, Orangensaft, eventuell Gemüse usw.). Bei dieser Ernährungsweise hat er bisher noch keinen Todesfall gehabt, obwohl er es oft mit sehr schweren Fällen zu tun hatte. Auch den Darmkomplikationen, welche wohl selten dem Skorbut, sondern stets einer komplizierenden Rachitis zugehören, steht man nicht machtlos gegenüber. Jüngeren Kindern wird man durch Brustnahrung Hilfe bringen, die Ernährung älterer durch vorausgeschickte Ernährung mit Fleischtee, frischen Fleischsaft, rein oder mit Schleim gemischt, kleine Gaben von Portwein usf. zur Kuhmilch überleiten. Auf Medikamente hat R. stets verzichtet. Dagegen empfiehlt er die Ruhelagerung der unteren Extremitäten durch nebengelegte Säcke mit Sand, auch wenn keine sogen. Epiphysenlösungen vorliegen; der Schmerz wird beschränkt, die Aufsaugung der Blutergüsse begünstigt und dem Auftreten neuer Blutungen vorgebeugt. Bei schweren Ergüssen an beiden Beinen ist das Einlegen in eine Bonnetsche Drahthose von großem Wert. Gipsverbände passen nie im floriden Stadium, weil sie durch Druck lebhaften Schmerz erzeugen, während sie nach abgelaufenem Prozeß und bestehenden Epi-Diaphysentrennungen am Platze sein können. Der komplizierenden Rachitis ist große Aufmerksamkeit zuzuwenden, wobei R. auch die Darreichung von Phytin empfehlen kann. Grätzer.

J. Comby (Paris), Trois nouveaux cas de scorbut infantile. (Archives de méd. des enfants. Novembre 1906. S. 673.) Der Verf. hat seit dem Jahre 1898 10 typische Fälle von Barlowscher

Krankheit beobachtet und zwar bei 7 Knaben und 3 Mädchen, deren Alter zwischen $7^1/_2$ und 19 Monaten variierte, so daß man sagen kann, daß der Skorbut bei Kindern eine Krankheit des frühesten Alters sei. Alle erkrankten Kinder waren künstlich, meist mit auf industriellem Wege sterilisierter Milch genährt. Die Krankheit war nach 3—7 Monaten aufgetreten. Das Hauptsymptom ist die schmerzhafte Pseudoparaplegie mit oder ohne subperiostale Hämatome, die den Verdacht auf Rheumatismus, Myelitis, Syphilis, Osteomyelitis usw. erwecken. Die Diagnose wird durch das Vorhandensein von Zahnfleischecchymosen, die nur bei zahnlosen Kindern fehlen, und durch die bestehende künstliche Ernährung bestätigt.

Die Prognose ist selbst bei spät in Behandlung tretenden Patienten günstig; alle 10 persönlichen Fälle des Verf.s gingen in relativ kurzer Zeit in Heilung über. Nur die sehr veralteten Fälle erheischten eine Behandlung von 3—4 Wochen.

Die Behandlung besteht hauptsächlich darin, die künstlich veränderte Milch durch frische zu ersetzen und während einiger Tage 2—3 Kaffeelöffel täglich von frischem Trauben- oder Orangensaft zu verabreichen. Fleischsaft, der von manchen empfohlen wurde, ist überflüssig. E. Toff (Braila).

J. L. Morse, Infantile Scorbutus. (Jour. of Amer. Med. Association. 14. April 1906.) Nach genauer Untersuchung von 50 Fällen von Scorbutus bei Säuglingen bestätigt Verf. die Ansicht des Komitees der „American Pediatric Society“ für die „Feststellung der Ursachen des Scorbutus“, daß diese Krankheit die Folge einer unzweckmäßigen Kost ist, besonders eines Mangels an frischer Milch, Frucht usw.

M. glaubt, daß Blässe und Appetitlosigkeit die frühesten Erscheinungen bilden, und daß Empfindlichkeit der Beine und des Rückens bei Berührung und schwammige Wulstung des Zahnfleisches und Neigung zu Blutungen (meistens wo keine Zähne vorhanden sind), sehr bald eintreten. Verdickungen an der Diaphyse (die unteren Extremitäten sind 3 mal so oft affektiert als die oberen) werden konstatiert in ungefähr 50% der Fälle. Blutungen sind meistens periostal.

Die Behandlung besteht in sorgfältigem Nahrungswechsel und täglicher Darreichung von wenigstens einem Eßlöffel von Zitronen- oder Apfelsinensaft und etwas Fleischsaft. Daneben allgemeine hygienische Behandlung. H. B. Sheffield.

B. Sperk, Erfahrungen auf der Säuglingsabteilung der Universitäts-Kinderklinik in Wien. (Zeitschr. f. Säuglingsfürsorge. Dezember 1906.) Seine Erfahrungen resümierend, kommt S. zu folgenden Schlüssen:

1. Die Eingliederung einer Säuglingsabteilung in ein schon bestehendes Kinderspital ist bei zweckmäßiger Adaptierung und bei genügendem Wartepersonal möglich.

2. Ausreichendes Pflegepersonal läßt sich am besten dadurch gewinnen, daß mit der Säuglingsabteilung eine Schule zur Heranbildung von Säuglingspflegerinnen verbunden ist.

3. Die künstliche Ernährung gesunder Säuglinge gelingt auf diese Weise auch innerhalb eines Spitales; Isolierung der Säuglingsabteilung, sorgfältige Pflege und rationelle Ernährung vorausgesetzt.

4. Die entzündlichen Affektionen der Atmungsorgane und die Otitiden sind die gefährlichsten und am schwersten prophylaktisch zu bekämpfenden interkurrenten Erkrankungen einer Säuglingsabteilung.

Grätzer.

W. Lewin, Zur Frage der Säuglingsernährung. (Berliner klin. Wochenschrift. Nr. 1907. Nr. 6.) L. hat glänzende Resultate mit der künstlichen Ernährung erzielt, die er in folgender Weise durchführte. Er gab gewöhnliche Milch (ca. 20 Pf. pro Liter), die er den Säuglingen schon von 4 Wochen an unverdünnt reichte. Die Kinder erhalten anfänglich 200 ccm Milch und die gleiche Menge Wasser. Indem von Woche zu Woche je 50 g Milch zugesetzt und dieselbe Wassermenge fortgelassen wird, kommen die Kinder am Schluß des 1. Monats auf 400 ccm reiner Milch. Als einziger Zusatz: Milchzucker (2 Eßlöffel auf 1 l). Nachts bekommen die Kinder von vornherein nichts. Sie erhalten anfänglich 7 Mahlzeiten, und zwar alle $2^1/_2$ Stunden. Mit der Zunahme der Milchmengen läßt L. die Anzahl der Mahlzeiten allmählich verringern, bis sie schließlich auf 4 heruntergehen. L. läßt die Milch in einem einfachen, irdenen Topf im Wasserbade einmal aufkochen, läßt denselben Topf, mit einem überhängenden Deckel zugedeckt, im Sommer sofort auf Eis, im Winter an einen kühlen Ort stellen; bei Bedarf wird sie in die gewöhnliche Milchflasche getan und im Wasserbad erwärmt.

Seit 5 Jahren geht L. so vor und war mit den Erfolgen sehr zufrieden. Die Kinder gediehen, der Stuhlgang regulierte sich von selbst, Rachitis bildete sich nie aus. Grätzer.

H. Neumann, Die natürliche Säuglingsernährung in der ärztlichen Praxis. (Deutsche med. Wochenschrift. 1907. Nr. 8.) Man hüte sich, scheinbare Erfolge bei künstlicher Ernährung für wirkliche zu halten! Der Irrtum, das Gedeihen eines Säuglings und seinen augenblicklichen Gesundheitszustand an der Wage ablesen zu können, ist ein höchst gefährlicher. Während regelmäßiger Gewichtszunahme können sich die schwersten Ernährungsstörungen vorbereiten! Überhaupt sind bei Säuglingen jeden Alters alle starken Gewichtszunahmen — über 250 g in der Woche — zu beanstanden, wenn sie sich während einer Reihe von Wochen wiederholen — mag es sich um künstliche oder natürliche Ernährung handeln. Es gibt nur wenige Kinder, deren Verdauungskanal die übermäßige Inanspruchnahme für die Dauer aushält. Gewöhnlich folgt auf die Zeit der großen Zunahmen die Zeit des Stillstandes und Rückganges.

Ist schon für normale Kinder die künstliche Ernährung gefährlich, so ist sie es noch viel mehr für minderwertige. Besonders für die von Krämpfen bedrohten Säuglinge rät N. dringend zur natürlichen Ernährung; durch sie sind die Säuglinge fast vollkommen sicher vor Stimmritzenkrampf und den verwandten Krämpfen. Wenn in der Familie und im besonderen bei älteren Geschwistern solche Krämpfe vorgekommen sind oder wenn auch nur das familiäre Auf-

treten stärkerer Rachitis und damit die Wahrscheinlichkeit von Krämpfen besteht, so dringe man energisch auf natürliche Ernährung. Eine solche ist unbedingt auch nötig bei Frühgeburten und überhaupt bei nicht voll entwickelten Kindern.

Es wird leider viel zu wenig gestillt! Meist wegen körperlicher Beschwerden und falscher Beurteilung der Funktionsentwicklung der Brustdrüse. Was erstere anbelangt, so gibt es nur wenig Kontraindikationen gegen das Stillen: schwere chronische Leiden. Aber auch diese sind individuell zu beurteilen. So trägt N. bei wenig ausgesprochener Lungentuberkulose und bei besonderer Dringlichkeit der natürlichen Ernährung kein Bedenken, wenigstens die ersten Wochen stillen zu lassen. Schwächlichkeit, Blutarmut, Schmerzen beim Anlegen des Kindes und dergl. werden viel zu oft als Gründe für das Nichtstillen herangezogen. Der Arzt sollte hier psychisch einwirken, sollte unbedingt durch Belehrungen die Mütter soweit bringen, daß sie die Notwendigkeit des Stillens einsehen und dieses nicht als Opfer, sondern als etwas Selbstverständliches betrachten, das nicht ohne ganz zwingende Gründe aufgegeben werden darf. Ein solcher ist auch in der Funktionsuntüchtigkeit der Brust nur ganz selten gegeben. Seitdem man die Technik des Stillens besser gelernt hat, gelingt es oft, Brüsten Nahrung zu entlocken, wo man es früher nicht für möglich gehalten hätte. Vor allem sollte man zunächst die Brust, auch wenn sie noch wenig absondert, ausschließlich geben und nicht gleich mit einer Milchmischung bei der Hand sein und dadurch die Energie des Saugens beim Neugeborenen beeinträchtigen. Keinesfalls sollte man mit dem Anlegen bis zum Einschießen der Nahrung in die Brust warten, während man ein normal entwickeltes Kind anderseits nicht früher anlegen sollte, als es sein Hungergefühl kräftig äußert. Selbst wenn es mehrere Tage dauert, bis der Saugreiz die Milch in die Brust zieht, so darf man doch auf den Erfolg warten, wenn man nur das Kind unter sorgfältiger Beobachtung behält. Bekommt der Neugeborene nach 2 Tagen noch keinen Tropfen Nahrung, so gebe man abgekochtes Zuckerwasser oder Fencheltee nach jedem Saugversuch, und nur bei schwächlichen Frühgeburten wird man schon frühzeitig daneben verdünnte Kuhmilch oder noch besser Ammenmilch reichen, weil sonst mit Erschöpfung der Kräfte auch die Stärke des Saugens und hiermit die Möglichkeit des Milchzuflusses nachlassen würde. Vor allem hüte man sich dann vor Überfütterung! Man reiche die Brust nur, wenn das Kind deutliches Hungergefühl äußert; es soll also überhaupt nicht — außer etwa zu der letzten Tagesmahlzeit — aus dem Schlaf genommen werden, worauf sich das Nahrungsbedürfnis schnell auf 4—6, meist auf 5 Mahlzeiten einzustellen pflegt. Bei Mäßigkeit in der Ernährung kann man mit einiger Sicherheit den Dyspepsien vorbeugen, welche auch an der Brust häufig sind und leider oft zum Unterbrechen des Stillens einen unberechtigten Anlaß geben. Es ist für die Zukunft des Kindes viel nützlicher, es an der Mutterbrust zu lassen und durch eine Verminderung der Zahl oder Größe der Mahlzeiten in einigen Tagen oder Wochen zum Ziele zu kommen. Falls hierbei die Nahrungsmenge zu gering wird, so ergänzt man sie durch dünne Schleimlösungen von Soxhlets Nähr-

zucker (5—10 $^0/_0$), durch verdünnte Buttermilchsuppe oder durch eine gewöhnliche Milchmischung. Grätzer.

Huré, De l'alimentation des nourrissons par le lait de vache cru normal. (Thèse de Paris. 1906.) Die Vorteile der Ernährung dyspeptischer und atrophischer Kinder mit roher Milch sind vielseitig bestätigt worden, doch ist die Gewinnung einer einwandfreien Milch mit großen Kosten verbunden und sehr umständlich, so daß eine Verallgemeinerung dieser Behandlungsart kaum zu erwarten ist. Ein Institut zur Gewinnung aseptischer Kuhmilch besteht in der Nähe von Paris, und der Verf. gibt eine ausführliche Beschreibung desselben. Die Kühe werden dortselbst nicht im Stalle, sondern in einem eigenen Saale, der einige Ähnlichkeit mit einem aseptischen Operationssaale haben dürfte, gemolken. Die Tiere werden zuerst gereinigt, gebürstet, das Euter mit gekochtem Wasser und Seife gewaschen und mit Wasserstoffsuperoxyd bespritzt. Der Melker muß sich die Hände in genauer Weise mit warmem Wasser und Seife waschen und bürsten, sowie auch die Nägel reinigen. Die gemolkene Milch fließt direkt in einen weiten Trichter, wird durch aseptisches Material geseiht und gelangt durch Metall- und Kautschukkanäle in das Untergeschoß, wo dieselbe in eigenen Behältern durch sterile Watte filtriert und auf 0° abgekühlt wird. Mit denselben peinlichen Vorsichtsmaßregeln wird hierauf die Füllung in sterilisierten Flaschen vorgenommen. Derartige Milch konnte 5—6 Tage in warmen Lokalen aufbewahrt werden, ohne die geringste Veränderung zu zeigen.

Außer den Vorsichtsmaßregeln, welche man bezüglich des Melkaktes beobachten muß, ist es von Wichtigkeit für die Milchgewinnung nur vollkommen tadellose Kühe zu benützen. Dieselben müssen eingehend untersucht werden und die Tuberkulinprobe gut bestanden haben. Die Hygiene der Stallungen ist von hervorragender Bedeutung für die Gesundheit der Kühe und die Qualität der gelieferten Milch. Bezüglich der Ernährung soll einer solchen mit natürlichem Euter der Vorzug gegeben werden; industrielle Abfallstoffe sind schädlich und können durch dieselben sogar Giftstoffe in die Milch eingeführt werden. Heu, Kleie, dickes Weizenmehl und Erdäpfel sind allen anderen Futtersorten vorzuziehen; Grünfutter kann noch nach vollendeter Trockenfütterung und in geringer Menge verabreicht werden. Milchkühe sollen 20—25 l Trinkwasser täglich erhalten, und darf dasselbe nicht zu kalt sein. E. Toff (Braila).

B. Salge, Einige Bemerkungen über die Bedeutung der Frauenmilch in den ersten Lebenstagen. (Berliner klin. Wochenschrift. 1907. Nr. 8.) Die Gründe, aus denen auf das Selbststillen verzichtet wird, sind meist nicht stichhaltig. So der Einwand, die Mutter habe zu wenig Milch. Das ist eine seltene Ausnahme, wenn ernster Wille sich bemüht, die Funktion der Brustdrüsen in Gang zu bringen. Freilich darf man nicht nach 2—3 mißglückten Versuchen die Flinte ins Korn werfen, da ein konsequentes Fortsetzen der Versuche zum Erfolge in mindestens 90 $^0/_0$ der Fälle führt. Man hat auch oft ganz falsche Vorstellungen der für das Kind notwendigen Milchmenge. Die notwendige Menge für den Säugling in den ersten 4 Wochen

braucht allmählich nur auf 500—600 ccm anzusteigen, oft genügen auch noch geringere Quantitäten. Geringe Milchsekretion ist zudem häufig mit einem höheren Kaloriengehalt der Nahrung verbunden, so daß das Kind auch bei geringerem Volumen zu seinem Rechte kommt. Man sollte sich sehr hüten, über die Qualität der Milch ein Urteil abzugeben nur auf oberflächliche Prüfung hin; es ist nicht leicht, hier ein richtiges Urteil zu fällen, ein solches darf sich nur auf ganz genauen Untersuchungen aufbauen. Oft ist nicht die Qualität der Milch schlecht, sondern das Kind gedeiht nicht, weil es zu oft angelegt wird, weil eine variable Überfütterung stattfindet.

Gerade die erste Nahrung des Kindes muß, wenn irgend möglich, Frauenmilch sein, sonst werden von vornherein durchaus aphysiologische Bedingungen für die Verdauungsorgane geschaffen, die dann häufig zu einer auch bei Frauenmilch schwer zu beseitigenden Darmstörung führen. Freilich hat es oft den Anschein, daß Kinder sogar bei künstlichen Nährpräparaten sehr gut fortkommen; die Stühle werden schön, das Gewicht steigt. Aber das sind Scheinerfolge, das böse Ende kommt nach. Man gebe von vornherein die Brust in rationeller Weise und bleibe möglichst bei dieser Ernährung. Reicht die Brust nicht aus, so ist das Allaitement mixte noch immer unendlich besser, als jede rein künstliche Ernährung, und alles, was an Frauenmilch zu haben ist, und ist es auch wenig, gibt eine ganz andere Gewähr für einen wirklichen Erfolg, als die Verfütterung des schönsten Präparates. Jeder Tag, an dem das Kind die Brust bekommt, ist ein Gewinn. Ist die natürliche Ernährung einmal wirklich nicht durchzusetzen, so hüte man sich vor allem vor Überfütterung. Niemals kürzere als 3 stündige Pausen, 6—7 Mahlzeiten höchstens in 24 Stunden und ein Nahrungsvolumen, das in der 1. Woche 250—300 ccm höchstens nicht überschreitet und ganz allmählich in den ersten 4 Wochen auf 600 ccm steigt. Daß auch bei der Brusternährung eine Überfütterung Mißerfolge zeitigt, wurde schon erwähnt; treten solche ein, so muß man sich durch Wägungen überzeugen, ob der Grund mangelnden Gedeihens nicht in einem „Zuviel“ zu suchen ist.

Grätzer.

Karl Basch, Beiträge zur Physiologie der Milchdrüse. 1. Die Innervation der Milchdrüse. (Jahrb. f. Kinderheilk. Bd. 64. Heft 6.) Sucht man den nervösen Apparat der Milchdrüse zu beeinflussen, so kann man zweierlei Änderungen erwarten. Eine Änderung der Milchmenge und eine Änderung der Zusammensetzung der Milch. Der verläßlichste Maßstab für die Beurteilung des Milchreichtums einer Amme ist das Gedeihen ihres eigenen Kindes; abgesonderte Milchmenge und Körpergewichtszunahme des Kindes gehen annähernd proportional. Aus diesem Grund wurde auch bei säugenden Tieren in den Versuchen die abgesonderte Milchmenge einfach aus der Gewichtszunahme der Jungen erschlossen. Um den Einfluß des Sympathicus auf die Milchabsonderung zu studieren, wurde er in seinem tieferen Verlaufe in ausgiebiger Weise durch die Exstirpation des Ganglion coeliacum unterbrochen. Diese Exstirpation gehört zu den technisch schwierigsten Operationen. Die nach

dieser Sympathicusunterbrechung abgesonderte Milch zeigte keinen Rückgang in der Menge und auch qualitativ keine wesentlichen Unterschiede in bezug auf Nährwert und Bekömmlichkeit. Die Wägung der Jungen zeigte vielmehr sowohl beim Kaninchen wie beim Hund, daß dieselben vor und nach der Exstirpation des Ganglion coeliacum in gleicher Progression zunahmen. Untersuchte man aber die Milch der einzelnen Brustdrüsenpaare nach der Operation, dann fanden sich in den beiden untersten Brustdrüsenpaaren, den sogen. Bauchzizzen, bereits am 2. und 3. Tage nach der Resektion deutlich Kolostrumkörperchen der Milch beigemischt, während die Milch der oberen Drüsenpaare davon frei blieb. Exstirpation einer Nebenniere verursachte kein Auftreten von Kolostrum.

Durch Resektion des N. thoracicus longus bei säugenden Kaninchen und des N. spermaticus externus bei Hunden, Kaninchen und Meerschweinchen wurde der Einfluß des peripherischen Nervensystems studiert. In keinem Falle konnte eine Verminderung der abgesonderten Milchmenge bzw. ein Gewichtstillstand oder eine Gewichtsabnahme der Jungen konstatiert werden. Verschiedentlich trat Kolostrum in der Milch auf.

Die Tätigkeit der Milchdrüsen ist, was die abgesonderte Milchmenge betrifft, also weder vom peripheren noch vom sympathischen Nervensystem abhängig. Wenn auch kein Zweifel darüber besteht, daß Milchstauung in erster Linie und als deutlichste Quelle der Bildung von Kolostrumkörperchen anzusehen ist, so dürfte dieselbe doch nicht als die ausschließliche Ursache derselben anzunehmen sein. Vielmehr scheint es eine allgemeine Eigentümlichkeit der Milchdrüse zu sein, auf eine Reihe von Veränderungen in ihrer Tätigkeit mit der Ausscheidung von Kolostrumzellen zu reagieren. Das Auftreten von Kolostrum ist im allgemeinen aufzufassen als das Zeichen einer unvollkommenen Tätigkeit der Milchdrüse und unter diesem einheitlichen Gesichtspunkt lassen sich dann alle Momente, welche Kolostrumabscheidung auslösen, wie Stauung, versiegende Sekretion, Nerveneinfluß, venöse Stase zusammenfassen.

Auch die Qualität der Milch, soweit sich dieselbe durch Bekömmlichkeit und Nährwert ausprägt, ist nicht direkt vom Nerveneinfluß abhängig.

Verf. versuchte weiterhin die enervierte Drüse gänzlich von ihrem Mutterboden loszulösen, indem er bei einer Hündin, bei welcher in der erstem Laktation sowohl das Ganglion coeliacum als auch der linke N. spermaticus reseziert war, nach dem Aufhören der Milchsekretion die enervierte unterste Brustdrüse an einem langen gestielten Lappen auf den Rücken transplantierte. Nach der Anheilung dort wurde auch die verbindende Hautbrücke verschorft. Die Hündin wurde von neuem trächtig. Die transplantierte Drüse wurde hyperämisch und bekam ein sukkulenteres Drüsengewebe. Die Epidermis der Brustwarze schilferte reichlich ab, und nach dem Wurfe des Tieres ließ sich deutlich kolostrumhaltige Milch aus der Drüse hervorpressen. Die Milchdrüse sezernierte also, obwohl sie aus ihrer Verbindung sowohl mit den peripheren als auch den sympathischen Nerven getrennt und von ihrem Mutterboden losgelöst war. Also

auch unabhängig vom Nervensysteme ist es möglich bloß durch Vorgänge, die mit der Schwangerschaft und Geburt zusammenhängen, eine Absonderung der Milchdrüse anzuregen. Dagegen scheint aber zur vollkommenen und andauernden Tätigkeit dieses Organs der Einfluß des Nervensystems allerdings nicht entbehrt werden können, wie das Versiegen der Milchabsonderung nach 10 Tagen beweist.

Hecker.

J. Andérodias, Rückkehr der Milchsekretion nach langem Entwöhnen. (Journ. de méd. de Bordeaux. 1906, 25. August.) In 2 Fällen sah der Verf. die Milchsekretion zurückkehren bei Frauen, die seit mehr oder minder langer Zeit mit den Stillen aufgehört hatten. 1. Eine am 19. Januar 1905 niedergekommene Frau stillt ihr Kind bis Mitte Februar. Sehr schmerzhafte Schrunden veranlassen die Frau zum Absetzen. 6 Wochen später versucht man wegen des gefährdeten Zustandes des Kindes die Brust wieder in Betrieb zu bringen. Tatsächlich kehrt die Milch nach 3—4 Tagen wieder und nach und nach reduziert man die Flaschennahrung. In 15 Tagen ist man bei ausschließlicher Brustnahrung angelangt. Ausgezeichnetes Gedeihen des Kindes lohnt die Bemühungen. 2. Eine andere Frau stillt ihr am 24. September 1905 geborenes Kind bis Mitte Dezember. Wegen eines Grippenfalles setzt die Mutter das Kind ab. Das Kind leidet sehr darunter. Einen Monat später legt man das Kind wieder an die Brust. Nach mehreren Tagen tritt wieder Milchsekretion ein und die Hälfte der Flaschenmahlzeiten kann weggelassen werden, um bald darauf wieder einer ausschließlichen Brustnahrung abgelöst zu werden. Jeder in der Kinderpraxis stehende Arzt müßte sich diese ermutigenden Erfahrungen, die übrigens längst nicht die einzigen sind, ad notam nehmen.

H. Netter.

E. Megnier, Über die durch Abbrechen des Säugens in der Struktur der Brustdrüse bewirkten Veränderungen. (Rivista di Clinica Pediatrica. Juni 1906.) Verf. hat seine Untersuchungen an Hündinnen, Katzen, Meerschweinchen und Kaninchen angestellt. Es ergab sich, daß die regressiven Veränderungen, die in der funktionierenden Drüse infolge Abbrechens des Säugens entstehen, nicht in gleichmäßiger Weise in den verschiedenen Brustdrüsen und an den verschiedenen Stellen einer Brustdrüse bei demselben Tiere eintreten. Sie verlaufen je nach der Tierspezies und auch je nach den Individuen verschieden. In der Aufeinanderfolge der Erscheinungen kann man 3 Phasen unterscheiden: 1. Die Drüse hat noch Tendenz zu funktionieren, und es ergibt sich eine enorme Stagnation des Sekrets in den Ductus, in den Alveolarräumen und dem Epithel. 2. Die Drüse ist im Stadium der Cholostrumbildung. 3. Stadium mehr oder minder ausgesprochener Atrophie. Die Leukozyteninfiltration im ersten Stadium ist spärlich, relativ häufig sind die mononukleären; im zweiten Stadium ist die Infiltration hochgradig, und es überwiegen die polynukleären, im dritten ist die Leukozyteninfiltration sehr spärlich, und es überwiegen die kleinen mononukleären Leukozyten. Auch in den weiteren Stadien der Regression enthalten die Epithelien ganz feine Fetttröpfchen. Das interlobuläre und interstitielle Bindegewebe

nimmt, je längere Zeit seit dem Aussetzen der Sekretion verflossen ist, desto mehr zu; aber selbst in den am weitesten vorgeschrittenen Stadien werden die Drüsenacini nicht vom interstitiellen Gewebe komprimiert. Im Bindegewebe der Mammilla beim Meerschweinchen findet man eine mit der Entwicklung desselben zunehmende Eosinophilie; sie findet sich bei Hündinnen und Katzen unter entsprechenden Umständen nicht. F.

Hans Eckhardt, Untersuchungen an vegetarisch ernährten Kindern. (Zentralbl. f. d. ges. Phys. u. Pathol. d. Stoffw. 1906. Nr. 20.) Die in 4 Versuchen mit lakto-vegetabilischer Kost erhaltenen Zahlen für N-Ausnutzung sind allgemein etwas ungünstiger als bei gemischter Kost, halten sich aber gegenüber sonst bei vegetarischer Kost gefundenen Zahlen auf mittlerer Höhe: Der N-Verlust im Kot betrug 23,4, 17,5, 19,5, 25,6 %. In allen 4 Fällen retinierten die Kinder N, sogar bei sehr geringer N-Zufuhr (im 3. und 4. Fall Nahrungs-N 4,720 g bzw. 5,296 g pro die); die tägliche Retention betrug 2,234 g, 1,561 g, 0,47 g, 0,652 g. Sehr gut war die Ausnützung der Kalorien: 90,8—93,7 % (bei zwei Kindern bei Rubner mit gemischter Kost war die Ausnutzung 91,21 % und 88,79 %). Die Kalorienzufuhr betrug pro Tag und Kilo: 104,6, 100, 70,8 89,2; Vergleichswerte bei gemischter Kost liegen vor bei Herbst (Jahrb. f. Kinderhlk. 1895): 86,94 und 67,24 Kal. und bei Sophie Hasse (Zeitschr. f. Biologie. Bd. 18): 90 Kal. Die Ernährung der beiden Kinder mit 104,6 und 100 Kal. war eine überreichliche; die beiden anderen Zahlen sind von den Vergleichswerten bei gemischter Kost nicht nennenswert verschieden. M. Kaufmann.

Z. Adler (Budapest), Über den Einfluß der Alkalien auf den Kalkumsatz beim Kinde. (Monatsschrift f. Kinderheilkd. Juli 1906.) Aron hat gefunden, daß „bei stark vermindertem Natrium- und gleichzeitig sehr hohem Kaliumgehalt der Nahrung trotz einer ausreichenden Ca- und P-Zufuhr der Kalkansatz und damit das Knochenwachstum hinter der Norm zurückbleibt". A. stellte nun, um zu prüfen, ob diese am Tier erhobenen Befunde auch für den erwachsenen Menschen Geltung haben, an drei Kindern Stoffwechselversuche an, in denen der Einfluß eines wechselnden Kalium- und Natriumgehaltes der Nahrung auf die Kalkretention eruiert werden sollte. Es zeigte sich dabei, daß der für das Tier konstatierte Einfluß des überwiegenden Kali- oder Natrongehaltes auf den Kalkstoffwechsel für das Kind sich nicht erweisen ließ. Grätzer.

Torindo Silvestri, Der Kalkgehalt des Zentralnervensystems in seiner Beziehung zur Eklampsie, Tetanie und ähnlicher Zustände. (Gazz. degli osped. 1906. Nr. 96.) Verf. ist der Ansicht, daß der Kalkgehalt des Nervensystems bei der Spasmophilie eine Rolle spielt, und daß besonders bei den Krämpfen der Kinder der Mangel an Kalk der ätiologische Faktor ist. Es sprechen dafür die Tatsachen, 1. daß man bei verschiedenen, mit starker geistiger Arbeit begleiteten Psychopathien starke Kalkausscheidung konstatiert, 2. daß schon kleinste Kalkmengen, auf die Hirnrinde gebracht, durch Natriumcitrat erzeugte epileptiforme Krämpfe beseitigen,

3. daß der bei der Geburt recht hohe Kalkgehalt des Kindergehirns in der Zeit vom 6.—36. Lebensmonat, der Hauptzeit der Spasmophilie, viel geringer wird, 4. daß die Gehirne von Kindern mit Tetanie weniger Kalk enthalten als die normaler, 5. daß besonders rachitische Kinder spasmophil sind, 6. daß richtige Darreichung von Kalksalzen wie die rachitischen so auch die spasmophilen Erscheinungen günstig beeinflußt, 7. daß Phosphor, der die Kalkretention begünstigt, therapeutisch wirksam ist, 8. daß die schwangere Frau in den letzten Perioden der Schwangerschaft viel Kalk an den Fötus abgibt, wodurch sich auch bei ihr die Eklampsie erklärt. Ebenso verliert die Stillende mit der Milch sehr viel Kalk, was die spasmophilen Zustände bei der Laktation erklärt.

M. Kaufmann.

W. Stoeltzner, Die Kindertetanie (Spasmophilie) als Kalziumvergiftung. (Jahrb. f. Kinderheilk. Bd. 63. Heft 6.) Von der Erfahrung ausgehend, daß die Spasmophilie in der Mehrzahl der Fälle durch Änderung der Art und Menge der zugeführten Nahrung willkürlich beeinflußt werden kann, und daß das wichtigste Symptom, die galvanische Übererregbarkeit der peripherischen Nerven mit der Menge der genossenen Kuhmilch steigt und fällt, und daß der für die Kinder gefährliche Stoff in der Molke enthalten ist, suchte S. zu erfahren, welcher von den Komponenten der Milchasche der Übeltäter sei. Es wurde eine Reihe von spasmophilen Kindern, welche nach Aussetzen der Kuhmilch wieder normale Erregbarkeit zeigten, Lösungen von Kalzium-, Kalium-, Natrium- und Eisensalzen gegeben und gefunden, daß, während alle übrigen Salzlösungen sich indifferent verhielten, nach Darreichung von Kalzium sofort die Erregbarkeit wieder stieg, ja sogar von neuem Glottiskrämpfe auftraten. Es scheint in hohem Grade wahrscheinlich, daß die Eigenschaft der Kuhmilch, die Spasmophilie zu verschlimmern, auf ihrem hohen Kalkgehalt beruht.

Der resorbierte Kalk wird, soweit er nicht zum Ansatz kommt, zum größten Teile durch die Darmschleimhaut wieder ausgeschieden, und im Gegensatz zur natürlichen Ernährung werden bei der Fütterung mit Kuhmilch infolge des viel größeren Kalkgehaltes dieser höhere Ansprüche an die Kalkausscheidung des Darmes gemacht. Bei rachitischen Flaschenkindern wird aber die kalkausscheidende Funktion des Darmes übermäßig in Anspruch genommen, und zwar weil mehr Kalk als bei der Ernährung mit Frauenmilch resorbiert wird, weil der resorbierte Kalk so gut wie ganz wieder ausgeschieden wird, anstatt wie normal im Knochengewebe angesetzt zu werden, und schließlich weil der durch die rachitische Knocheneinschmelzung freiwerdende Kalk großenteils wieder durch die Darmschleimhaut eliminiert werden muß.

Die Kalziumtheorie der Tetanie findet im physiologischen Experiment eine gewisse Stütze, insofern Kalium lähmend, Kalzium dagegen ausgesprochen erregend auf ausgeschnittene überlebende Organe wirkt.

Hecker.

C. v. Pirquet, Die anodische Übererregbarkeit der Säuglinge. (Aus der k. k. Univers.-Kinderklinik in Wien.) (Wiener med. Wochenschrift. 1907. Nr. 1.) v. P. kommt zu folgenden Schlußsätzen:

1. Die galvanische Untersuchung ergibt beim normalen Säugling nur Schließungszuckungen unter der Grenze von 5 Milliampères.

2. Das Auftreten von Anodenöffnungszuckungen unterhalb dieser Stromstärke bei gleichzeitigem Fehlen von Kathodenöffnungszuckung und Kathodenschließungstetanus charakterisiert eine leichte Übererregbarkeit, welche man mit dem Ausdrucke „anodische Übererregbarkeit" bezeichnen kann.

3. Diese ist eine Unterstufe der „kathodischen Übererregbarkeit", welche an der Kathode durch Auftreten von Tetanus oder Öffnungszuckung unter 5 Milliampères erkennbar ist. **Grätzer.**

E. Moro, Über Gesichtsreflexe bei Säuglingen. (Aus der Universitäts-Kinderklinik in Graz.) (Wiener klin. Wochenschrift 1906. Nr. 21.) Über das Chvosteksche Fazialisphänomen, das Escherichsche Mundphänomen und das Thiemichsche Lippenphänomen stellte M. Untersuchungen an. Diese Untersuchungen erstreckten sich fast lediglich auf das normale Material des frühesten Säuglingsalters. Sie bringen insofern einen neuen Beitrag zur Semiotik der Gesichtsphänomene, als M. feststellen konnte, daß ihre geradezu konstante Auslösbarkeit bei Säuglingen der ersten Lebenswochen in den Bereich physiologischer Erscheinungen einzubeziehen ist.

Der Verlauf der Phänomene ist im wesentlichen von der Lokalisation der beklopften Partie abhängig. Am sichersten und am schönsten lassen sich die Zuckungen am schlafenden Säugling beobachten, weshalb M. seine Untersuchungen prinzipiell nur an schlafenden Kindern vorgenommen hatte. Damit soll jedoch nicht gesagt sein, daß die Phänomene im wachenden Zustand erloschen sind; allein es ist begreiflich, daß die Unruhe und die starre Mimik eines weinenden und schreienden Gesichtes der Prüfung unwiderstehliche Schwierigkeiten in den Weg stellt. Man kann sich jederzeit davon überzeugen, daß auch das echte Fazialphänomen bei Tetaniekindern unter diesen Verhältnissen unmöglich auszulösen ist.

So lassen sich beim Beklopfen des Musculus orbicularis oris knapp innerhalb der Nasolabialfalte und oberhalb des Mundwinkels verschiedenartige Zuckungsphänomene erhalten. In vielen Fällen erfolgt darauf die Kontraktion des Musculus orbicularis oris, wobei der Mund rüsselartig vorgestreckt wird, ein Vorgang, der sich mit der Beschreibung, die Thiemich für sein Lippenphänomen gegeben hat, vollkommen deckt. Wenn die Kinder mit offenem Munde schlafen, erfolgt dabei zuweilen ein momentanes Hervorstrecken der Zunge. Das Lippenphänomen erhielt M. in ganz typischer Weise 22 mal in 92 Fällen.

14 mal beobachtete M. das von Escherich zuerst beschriebene Mundphänomen. Der Mund der Kinder wurde vorgestreckt und zugleich erfolgte eine ganz deutliche und zweifellose Zuckung nach der entgegengesetzten Seite. Die Zuckung auf der gekreuzten Seite dokumentierte sich zumeist in einer Verschiebung des Filtrums und in der Hebung des Nasenflügels auf der entgegengesetzten Seite. Dabei vertiefte sich zuweilen die Nasolabialfalte auf der nichtperkutierten Seite, was naturgemäß in der Regel mit einem Herabziehen des entgegengesetzten Mundwinkels verbunden war.

In der Mehrzahl der Fälle entsprach jedoch die Reaktion keinem der beiden Typen, indem dabei das Vorstrecken des Mundes ausblieb und sich nur die beiden Mundwinkel momentan senkten, eine Mimik, die jener gleicht, welche das Weinen der Kinder einzuleiten pflegt.

Alle diese Phänomene lassen sich aber nicht nur vom Mundwinkel, sondern mit größerer Deutlichkeit noch vom Chvostekschen Punkt aus erhalten, weil dabei der Schauplatz des Phänomens unberührt bleibt. Nicht selten reagieren Säuglinge der ersten Lebenswochen auf das Beklopfen des typischen Punktes mit echtem Fazialisphänomen. Auch hier bleibt die Zuckung nicht immer auf das entsprechende Fazialisgebiet beschränkt; wiederholt sah M. die Kontraktion ganz deutlich auch auf der nicht perkutierten Seite auftreten.

Die Frage nach der Natur der vorgeführten Gesichtsphänomene ist leicht zu beantworten. Entscheidend dafür ist das häufige Erscheinen der Zuckungen auf der entgegengesetzten Seite. Dieses Verhalten ist ausschließlich den echten Reflexvorgängen eigentümlich, denn es setzt die Vermittlung des spinalen Zentrums voraus.

Die beschriebenen Gesichtsphänomene — einschließlich des Fazialisphänomens der Säuglinge in den ersten Lebenswochen — sind demnach als Gesichtsreflexe aufzufassen und sind nichts anderes als ein weiterer Ausdruck der allgemein erhöhten Reflexerregbarkeit in diesem Lebensalter.

Das Auftreten von Begleitreflexen auf der entgegengesetzten Seite ist außerdem ein Zeichen für den beschränkten Widerstand, den die Ganglienzellen der Fortleitung der Erregung im Zentrum entgegensetzen. Dieser Widerstand ist in den allerersten Tagen des Lebens so gering, daß es zu dieser Zeit in der Regel überhaupt nicht gelingt, die Gesichtsreflexe distinkt zu erhalten, weil der Neugeborene auf das Beklopfen jeder beliebigen Stelle des Gesichtes mit einer heftigen Zuckung des ganzen Kopfes, zuweilen auch der Extremitäten, reagiert.

An zweiten oder dritten Lebenstage treten zum erstenmal die Gesichtsreflexe auf und bleiben zumeist bis in den zweiten, manchmal bis in den dritten Lebensmonat erhalten, um von da ab allmählich zu erlöschen. Ihre Kenntnis als physiologische Reflexe im frühen Säuglingsalter ist für die Diagnose der Tetanie praktisch verwertbar.

Ein weiterer typischer Gesichtsreflex, der sich bei Neugeborenen und bei jungen Säuglingen regelmäßig nachweisen läßt, ist der Lidschlußreflex. Der Reflex besteht darin, daß beim schlafenden Säugling das Antippen von Punkten der Glabella bis zur Mitte der Stirn, sowie das Beklopfen der Austrittsstelle des Nervus supraorbitalis, die momentane konzentrische Kontraktion des Musculus orbicularis oculi zur Folge hat. Zuweilen tritt der Lidschlußreflex auch nach dem Antippen des Nasenrückens und der Nasenspitze auf, er pflegt aber stets auszubleiben, wenn man andere Stellen der orbitalen Umrandung berührt, was gegen seinen Charakter als einfachen Abwehrreflex spricht. Der Lidschlußreflex läßt sich bei Säuglingen vom zweiten Lebenstage bis in die ersten Lebensmonate hinein verfolgen. Er tritt am frühesten auf und bleibt am längsten erhalten.

Grätzer.

C. H. Dunn, The Reflexes of Dentition. (Journ. Amer. Med. Ass. Vol. XLV. Nr. 1.) Obwohl Dentitio bei Säuglingen ein physiologischer Vorgang ist, verläuft derselbe nicht immer ohne jegliche Komplikationen, sondern werden recht oft Entzündungen der Mundhöhle, des Magens und Darms beobachtet, und nicht selten hohes Fieber, Otitiden und sogar Konvulsionen. Da aber die meisten Symptome gewöhnlich nach Zahndurchbruch verschwinden, glaubt Verf., daß dieselben von den das Zahnen begleitenden Schmerzen verursacht werden, also auf keinem pathologischen reflexiven Prozeß beruhen. H. B. Sheffield.

Zacceria Capuzzo, Über einen neuen Reflex auf dem Fußrücken. (Rivista di Clinica Pediatrica. 1906. Bd. I.) Mendel hat (Neurologisches Centralblatt 1904) darauf aufmerksam gemacht, daß, wenn man mit einem Perkussionshammer auf den Fußrücken und zwar an der Basis des III. und IV. Metatarsus schlägt, man bei gesunden oder an rein funktionellen Nervenkrankheiten leidenden Individuen eine Dorsalflexion der vier letzten Zehen, besonders der zweiten und dritten sieht, während bei Lähmungen oder spastischen Zuständen infolge organischer Erkrankungen an Stelle der Dorsalflexion eine Plantarflexion, meist begleitet von dem Babinskischen Phänomen, auftritt.

Verf. hat diesen Reflex bei einer großen Anzahl von Kindern untersucht und gefunden, daß bei Kindern unter einem Jahre, speziell in den ersten Lebensmonaten der Reflex anormal, nämlich Plantarflexion, sein kann, ohne daß eine Erkrankung des Zentralnervensystems vorliegt; aber auch bei größeren Kindern kommt es vor, daß, auch ohne nervöse Organerkrankung, dieser Reflex vorhanden ist. Wahrscheinlich handelt es sich in diesen Fällen um eine einfache Kompression der cortico-spinalen motorischen Bahnen infolge Gehirnödem. F.

P. Sorgente, Zwei Fälle von Oppenheims angeborener Muskelatonie. (La Pediatria. Mai 1906.) Es handelte sich um zwei wenige Tage alte Säuglinge, die, von gesunden Eltern stammend, hereditär in keiner Weise belastet waren und eine Lähmung aller Extremitäten aufwiesen. Auch die Muskeln des Thorax waren gelähmt; der Thorax nahm an der Respiration keinen Anteil, diese war vielmehr völlig abdominal mit Einziehung in einer der Insertion des Zwerchfells entsprechenden Linie. Beide Kinder starben nach kurzer Zeit, nachdem sie in den letzten 24 Stunden einige konvulsivische Anfälle gehabt hatten. F.

Antonio Jovane, Beitrag zum Studium der Oppenheimschen angeborenen Muskelatonie. (La Pediatria. 1906. Bd. VII.) Mitteilung eines ein 3 Monate altes Kind betreffenden Falles; das Kind ging im Alter von 5 Monaten an Bronchopneumonie zugrunde. F.

Ludwig Rosenberg, Über Myatonia congenita (Oppenheim). (Deutsche Zeitschr. f. Nervenheilk. Bd. XXXI. Heft 1—2.) Verf. stellt zunächst die bisher veröffentlichten Fälle von Myatonia congenita zusammen und fügt ihnen einen neuen Fall aus der Oppen-

heimschen Poliklinik hinzu. Im ganzen sind bisher 7 Fälle dieses Leidens beschrieben. Es handelt sich um eine kongenitale Erkrankung, bei welcher in den ersten Lebensmonaten bzw. im ersten oder zweiten Lebensjahr eine eigentümliche Schlaffheit und Bewegungslosigkeit des ganzen Körpers des Kindes oder nur bestimmter Abschnitte, besonders der unteren Gliedmaßen konstatiert wurde. Am schwersten sind meist die Muskeln des Hüft- und Kniegelenks betroffen. Immer verschont bleiben die von den Hirnnerven versorgten Muskeln, die Sphinkteren und das Zwerchfell. Das Leiden ist besserungsfähig; ob es zu einer völligen Heilung kommen kann, ist noch nicht mit Bestimmtheit zu entscheiden, doch ist es sehr wahrscheinlich. Die elektrische Erregbarkeit ist mehr oder weniger beträchtlich herabgesetzt oder ganz aufgehoben; sie fehlt auch in Muskeln, die reflektorisch oder willkürlich etwas kontrahiert werden. Besonders leidet die direkte Erregbarkeit. Ausgesprochene EaR wurde nicht gefunden. Die Hypotonie ist das Hauptmerkmal des Leidens, die Muskeln fühlen sich schlaff und weich an, erscheinen dünn und mager. Intelligenz, Sensibilität und Sinnesfunktionen zeigen keine Störung, die Reflexe sind herabgesetzt oder fehlen.

Wahrscheinlich liegt der Myatonia congenita eine verzögerte Entwicklung der Muskeln zugrunde. Bei oberflächlicher Betrachtung hat das Leiden eine große Ähnlichkeit mit der Poliomyelitis anterior acuta, unterscheidet sich aber schon dadurch von ihr, daß es sich um einen angeborenen, nicht um einen erworbenen Zustand handelt; ferner durch das Fehlen der EaR, das häufige Befallensein aller 4 Extremitäten, besonders aber durch den weiteren Verlauf. Differentialdiagnostisch kommen ferner in Betracht die Dystrophia musculorum progressiva, die Hämatomyelia intra partum, Gliosis, Myelitis lumbalis, Polyneuritis, Rachitis, Barlowsche Krankheit. Therapeutisch empfiehlt es sich, vom Nerven aus faradisch oder galvanisch Zuckungen hervorzurufen, aber auch die nicht sichtbar reagierenden Muskeln konsequent zu behandeln, ferner ist Massage anzuwenden.

Kurt Mendel (Berlin).

M. Bernhardt, Zur Kenntnis der sogen. angeborenen Muskelschlaffheit, Muskelschwäche (Myohypotonia, Myatonia congenita.) (Neurol. Centralbl. 1907. Nr. 1.) An der Hand eines eigenen Falles gibt Verf. eine Beschreibung der Myatonia congenita, die er für eine degenerative Affektion der peripherischen Nerven hält. Die unteren Gliedmaßen sind meist hauptsächlich affiziert, die Psyche, Sinne und Hirnnerven intakt. Das Leiden tritt im frühesten Kindesalter innerhalb der ersten Tage oder Wochen nach der Geburt auf. Ob es aber tatsächlich angeboren ist, dies zu unterscheiden bedarf noch weiterer Forschung. Für die Entstehung des Leidens kann man verschiedene Ursachen annehmen: eine mangelhafte Ausbildung der Muskeln bzw. der Vorderhörner des Rückenmarks (Oppenheim) oder eine mangelhafte Entwicklung des peripherischen Nervensystems oder eine bisher noch nicht näher in ihren Ursachen erkannte, vielleicht auf Infektion oder Autointoxikation zurückzuführende, degenerative Entzündung der peripherischen Nerven, eine Polyneuritis (Bernhardt).

Das Leiden scheint Knaben und Mädchen in ungefähr gleicher Häufigkeit zu befallen. Kurt Mendel (Berlin).

L. Cruchet und **Codet-Boisse,** Atrophische Myopathie und Pseudohypertrophie im Kindesalter. (Gaz. hebdom. de Bordeaux. 8. April 1906.) Der 9jährige Knabe kam in das Hospital mit der Diagnose einer angeborenen doppelseitigen Hüftgelenksluxation, Familienanamnese ohne Belang. Das Kind lernte schwer gehen, sprechen usw. Mit 4 Jahren war der Gang ein wackelnder, mit 7 Jahren ist das Gehen schwierig geworden, das Stehen unmöglich, starke Lordose. Mit 8 Jahren muß der Knabe im Wagen gefahren werden. Der Kopf wird nach dem Nacken zu getragen, die Wirbelsäule ist lordotisch, die Beine werden gespreizt gehalten. Ausgesprochene Atrophie der Arm- und Schultermuskulatur, flügelartiges Abstehen der Schulterblätter, Wadenmuskulatur groß und hart, die Muskeln der Hinterseite oder Oberschenkel ebenfalls. Patellarreflexe erloschen, danach Duchennesche Krankheit. Therapie: tägliche manuelle Massage, eine Viertelstunde lang (Erschütterung, Tapotement, Effleurage usw.), Elektrisieren der Beine. Beträchtliche Besserung.

In einem von Diamantberger und Albert Weil beschriebenen Fall, der einen 7jährigen Knaben betraf, wurden elektrische Bäder (Dreiphasenstrom) täglich während 20 Minuten gegeben und jede Sitzung wurde mit Faradisation beschlossen. Die Behandlung hatte am 15. Juli 1905 begonnen. Von der 12. Sitzung an wurde die Besserung bemerkbar, nach der 30. war der Knabe wieder imstande, sich vom Sitzen zu erheben, Treppen herauf- und herunterzugehen und in normaler Weise sich zu bewegen. Vom 15. September bis 22. Oktober 19 Sitzungen. Völlige Heilung. (Journal de physiothérapie. 15. Januar 1906.) H. Netter.

Plantenga, Amyotrophia spinalis diffusa familiaris. (Ned. Tydschr. v. Geneesk. 1906. Bd. II. S. 1790.) Wie bekannt, hat J. Hoffmann 1893 (Zeitschrift für Nervenheilkunde) unter dem Namen „chronische spinale Muskelatrophie im Kindesalter auf familiärer Basis“ eine Krankheit beschrieben, die gewöhnlich in der zweiten Hälfte des ersten Lebensjahres auftritt. Sie ist charakterisiert dadurch, daß sie als motorische Schwäche von den Muskeln des Rückens und der Extremitäten debutiert, und daß diese gewöhnlich alsbald durch eine vollkommene schlaffe Lähmung der Muskeln vor den beiden unteren Extremitäten gefolgt wird, welche Lähmung sich langsam über die Muskeln von Nacken, Rumpf und oberen Extremitäten ausbreitet. Intakt bleiben nur die Muskeln, welche von Gehirnnerven innerviert werden, ebenso die Muskeln von Blase und Rektum. Der Intellekt bleibt normal. Der Tod erfolgt gewöhnlich vor dem vierten Lebensjahr.

Bei der Obduktion wurde stets Atrophie und Degeneration der Ganglienzellen der vorderen Hörner gefunden.

Zu der Kasuistik dieser seltenen Erkrankung, von welcher bis jetzt nur 40 Fälle beschrieben sind, kann P. noch den folgenden Fall hinzufügen.

Kind von 18 Tagen. Die drei älteren Kinder der gesunden Eltern sind völlig normal. Normale Geburt. Kurz nach der Geburt wurde schon bemerkt, daß das Kind die Arme und Beine nicht bewegte, daß das Kind überall schlaff war und nur sehr schwach weinte. Ernährung an der Brust der Mutter. Das Saugen geht schwer, weil bei dem Anlegen an die Brust Anfälle von Dyspnoe auftreten.

Körpergewicht 3380 g, Länge 53 cm. Muskeln von Nacken, Rumpf und Extremitäten atrophisch und ohne Funktion, so daß das Kind keine Spur von aktiven Bewegungen zeigt und als eine schlaffe Masse imponiert. Beide Arme in Flossenstellung.

Der Thorax nimmt keinen Anteil an den Atmungsbewegungen, dieselben geschehen nur durch das Diaphragma. Keine Blasen- oder Rektumstörungen. Keine Störungen der Sensibilität. Die elektrische Erregbarkeit der mimischen Muskeln ist normal, bei allen anderen Muskeln fehlt sie.

Anfälle von Anämie, gefolgt von Hyperhidrosis und Cyanose mit Erstickungsgfahr. Klangloses Schreien. Temperatur normal. Tod am 49. Tage. Keine Obduktion.

Dieser Fall unterscheidet sich von dem Hoffmannschen Typus durch das Fehlen des familiären Charakters und durch das kongenitale Auftreten.

P. ist jedoch der Meinung, auch im Anschluß an derartige Beobachtungen von Sevestre und Comby, daß es sich um einen echten Fall der Amyotrophia spinalis diffusa familiaris handelte.

Graanboom.

Léopold Lévi et **Henri de Rothschild,** Corps thyroïde et tempérament. (Société de biologie de Paris, séance du 8. Décembre 1906.) Die Verff. beschreiben den Fall eines 17 jährigen Mädchens, das nach Einnahme von 175 Schilddrüsenkapseln eine totale Umwandlung seines Charakters erfahren hatte. Während Pat. früher meist schweigsam und trauriger Gemütsstimmung war, wurde sie heiter, gesprächig und lachlustig, die Züge wurden ausdrucksvoller, die Augen lebhafter. Der ganze Zustand machte den Eindruck einer nervösen Überreiztheit, und schließen die Verff. hieraus, daß auch in anderen Fällen von Nervosität es sich im Grunde um Hyperthyroïdismus handle. Diese erhöhte Tätigkeit der Schilddrüse kann durch verschiedene physiologische oder pathologische Zustände, wie Schwangerschaft, Menstruation, Klimakterium, gewisse Infektionen, oder auch durch gewisse Medikamente, hervorgerufen werden. Auch kann gesagt werden, daß bei manchen Personen die Schilddrüse sich im Zustande eines labilen Gleichgewichtes befindet und es hierdurch zu nervösen, durch Hyperthyroïdismus hervorgerufenen Erscheinungen kommen kann.

E. Toff (Braila).

Wagner v. Jauregg, Zweiter Bericht über Behandlung des endemischen Kretinismus mit Schilddrüsensubstanz. (Wiener klin. Wochenschrift. 1907. Nr. 2.) v. J. hatte weiter recht gute therapeutische Erfolge aufzuweisen und teilt seine Erfahrungen mit, durch die er interessante Momente eruierte. So gibt er eine Zusammenstellung der Wachstumserfolge bei den 3 Jahre und länger

behandelten Fällen und stellt eine Tabelle zusammen, aus der sich folgendes ergibt:

„1. Daß in der großen Mehrzahl der Fälle eine Wachstumsstörung vorhanden ist, ein Zurückbleiben hinter der durchschnittlichen Körperlänge des betreffenden Alters.

2. Daß die Wachstumsstörung um so beträchtlicher ist, je älter das Individuum; begreiflicherweise, da sich die Wachstumsstörung aus der Differenz der erreichten und der zu erwartenden Körperlänge ergibt und diese Differenz mit den Jahren immer größer werden muß.

In den unteren Altersstufen, vom 5. Jahre abwärts, finden wir sogar einen Überschuß der erreichten über die zu erwartende Körperlänge, woraus hervorzugehen scheint, daß die Wachstumsstörung in der Regel nicht das erste Symptom des Kretinismus ist, sondern sich häufig erst später, vom 4.—5. Lebensjahre an, einstellt.

3. Daß das Längenwachstum im 1. Jahre der Behandlung fast ausnahmslos das durchschnittliche normale Wachstum übertrifft, häufig sogar in sehr bedeutendem Grade.

4. Daß die Wachstumsenergie in den späteren Jahren der Behandlung zwar abnimmt, aber meistens auch dann noch eine übernormale ist oder wenigstens die Norm erreicht, was vor der Behandlung in der Regel nicht der Fall war. Daraus resultiert, daß auch bei Betrachtung längerer Zeiträume (3—6 Jahre) das in dieser Zeit erreichte Wachstum meist viel über das normale hinausgeht.

Das Wachstum ist in den späteren Jahren nicht immer gleichmäßig, und dürften dabei verschiedene Momente mitwirken. So scheint es, daß gegen die Pubertätsentwicklung zu ein neuerlicher Anstieg des Wachstums vorkommen kann. Ferner dürften einige weniger günstige Resultate von unregelmäßigem oder ganz unterlassenem Einnehmen der Tabletten herrühren.

Auch dürfte das verabfolgte Präparat nicht immer gleich wirksam gewesen sein. Es hat sich herausgestellt, daß auch bei Schafen nicht selten Kröpfe vorkommen. Wenn nun solche kropfige Schafschilddrüsen mitverarbeitet werden, so können dadurch die erzeugten Tabletten weniger wirksam werden. Es dürfte sich daher empfehlen, Schafschilddrüsen, von denen der einzelne Lappen mehr als drei, höchstens vier Gramm wiegt, nicht zur Tablettenerzeugung zu verwenden.“

Über das allgemeine Ergebnis seiner an einzelnen Fällen schon 5—6 Jahre, an einer großen Anzahl von Fällen durch 3—4 Jahre fortgesetzten Beobachtungen spricht sich W. wie folgt aus:

„Der Kretinismus wird in allen Graden und auch noch in vorgeschrittenerem Alter (meine Beobachtungen reichen bis zum 27. Lebensjahre) durch die Behandlung mit Schilddrüsensubstanz günstig beeinflußt.

Der Erfolg ist um so besser, je früher mit der Behandlung begonnen wird.

In den leichteren Fällen von (wohl meist erworbenem) Kretinismus, in denen keine beträchtlichere Schädigung des Gehörorgans vorhanden ist, kann eine volle Heilung erzielt, d. h. es können alle Symptome des Kretinismus beseitigt werden, wenn mit der Behand-

lung frühzeitig, zwischen dem 2. und 3. Lebensjahre begonnen wird. Dieser Erfolg ist ein bleibender, d. h. er bleibt auch bestehen, wenn nach längerer Behandlung die Zufuhr der Schilddrüsensubstanz eingestellt wird.

Bei einer Anzahl von schweren Fällen von Kretinismus (es dürfte sich in denselben meist um angeborenen Kretinismus gehandelt haben) gelingt es auch beim Einsetzen der Behandlung in einem frühen Alter (1—3 Jahren) nicht, einen vollen Heilerfolg zu erzielen. Ob in solchen Fällen ein noch früherer Beginn der Behandlung (mit 6 Wochen, wie in den beiden früher angeführten Fällen) zu einem vollen Erfolg führen wird, kann ich bei der Kürze der Behandlungsfrist noch nicht sagen.

Was speziell die Störung der Gehörsfunktion anbelangt, ist zu bemerken, daß sowohl die auf Mittelohrerkrankung, als auch die auf Labyrintherkrankung beruhende Schwerhörigkeit der Kretins durch die Behandlung gebessert wird. Jedoch erweist sich dieses Symptom widerspenstiger als die anderen Symptome des Kretinismus; und höhere Grade von Störungen der Gehörsfunktion können auch bei Beginn der Behandlung im 2. oder 3. Lebensjahre nicht behoben werden. Ob ein noch früherer Beginn der Behandlung auch auf diesem Gebiete bessere Resultate zutage fördern wird, kann ich mangels einschlägiger Erfahrungen noch nicht sagen.

Es ergibt sich also aus dem Gesagten, daß man trachten muß, mit der Behandlung so früh als möglich zu beginnen, also sofort, wenn die Krankheit erkennbar wird.

Wir stoßen aber da auf ein bisher noch dunkles Gebiet; es wird von allen Seiten anerkannt, daß die Diagnose des Kretinismus in den ersten Lebensjahren großen Schwierigkeiten begegne. Was den angeborenen Kretinismus anbelangt, glaube ich, daß die Makroglossie und in Fällen, wo er vorhanden ist, der angeborene Kropf in den meisten Fällen schon von der Geburt an die Diagnose ermöglichen werden. Die eigentümliche Nasenbildung (außerordentliche Abflachung der Nasenwurzel und Kürze der Nase) halte ich für weniger charakteristisch, da sie auch anderen Erkrankungen zukommt. Cerletti und Perusini, die sich mit der Diagnose des Kretinismus in der ersten Kindheit eingehender beschäftigt haben, legen ein großes Gewicht auf die Beschaffenheit der Weichteile und auf die Gesichtsfarbe. Ich möchte nach meinen Erfahrungen bezweifeln, daß dieses Kriterium für die ersten Wochen und Monate des extrauterinen Lebens, bei den Fällen von angeborenem Kretinismus, verwendbar ist; denn bei den beiden älteren Kindern der Familie K., über die ich früher berichtet habe, konnte ich mich teils nach den Angaben der Mutter, teils durch eigene Beobachtung überzeugen, daß die Hautschwellungen erst am Ende des ersten Lebensjahres sich einstellten.

Noch schwieriger ist aber die Frühdiagnose des erworbenen Kretinismus, da die Symptome sich allmählich und unmerklich einstellen und erst nach einigem Bestande der Erkrankung deutlich in Erscheinung treten. In diesen Fällen wird vor allem das Ausbleiben des Gehen- und Sprechenlernens einen wichtigen Anhaltspunkt geben. Wenn sich dann die charakteristische bleiche Gesichtsfarbe und mehr

oder weniger hochgradige Hautschwellungen und die charakteristische Apathie dazu gesellen, wenn der Verschluß der Fontanelle, der Durchbruch der Zähne auf sich warten lassen, die charakteristische Nasenbildung da ist und das Wachstum nicht recht fortschreitet, ist die Stellung der Diagnose für den Arzt nicht so schwierig.

Die große Schwierigkeit liegt aber darin, daß, um das Kind einer rechtzeitigen Behandlung zuzuführen, die Eltern frühzeitig die Diagnose machen oder wenigstens auf die Vermutung eines beginnenden Kretinismus kommen müssen.

Das kann nur im Laufe der Zeit erreicht werden, indem die Bevölkerung in den Gegenden, wo der Kretinismus heimisch ist auf die Möglichkeit einer Behandlung dieses Leidens aufmerksam gemacht und dadurch auch der Blick für die Erkennung der frühen Anzeichen desselben geschärft wird.

Dieser Zweck wird erreicht, wenn anfangs auch ältere, weniger Aussicht auf volle Heilung darbietende Kinder in Behandlung genommen werden. Die immerhin auch in solchen Fällen eintretenden Besserungen erregen die Aufmerksamkeit nicht nur der Eltern, sondern auch weiterer Kreise und führen dazu, daß allmählich immer mehr Kinder und endlich auch solche aus den ersten Lebensjahren von ihren Eltern ganz spontan der Behandlung zugeführt werden.

Ich habe das an den Orten, an denen ich diese Versuche machte, selbst erlebt. Anfangs hatte ich vorwiegend im schulpflichtigen Alter stehende und selbst ältere Kinder in Behandlung; nach und nach kamen zuerst andere, in diesen Altersklassen stehende Kinder dazu und erst in der letzten Zeit werden mir öfters auch 2- bis 3jährige und selbst noch jüngere Kinder vorgeführt.

Ich hoffe daher, in einem künftigen Berichte über eine viel größere Anzahl von Kindern aus diesem Alter berichten zu können."

Grätzer.

O. Lugaro, Der sporadische Kretinismus. (Rivista di pathologia nervose e mentale. Januar 1905.) Verf. setzt zunächst die praktischen Schwierigkeiten beim Studium dieser Affektion auseinander, um sodann mit der genauen Beschreibung von 6 Fällen die Literatur dieser Krankheit zu bereichern, deren thyreoider Ursprung heute unstreitig feststeht.

Fall 1: 46jährige Frau mit allen Zeichen der myxödematösen Idiotie. Auf Schilddrüsentherapie bemerkenswert schnelle Besserung bis auf das Skelett, dessen Ossifikation abgeschlossen ist. Nystagmus, Deviation der Zunge, Steigerung der Sehnenreflexe gingen zurück.

Fall 2: 18jähriger Mensch mit infantilem Typus, dagegen ziemlich gut entwickelter Psyche. Schilddrüsentabletten: In weniger als 2 Jahren verschwanden die Zeichen des Myxödems, besserten sich respiratorische und zirkulatorische Funktionen. Diese Beobachtung ist interessant, insofern sie einen Zwischentypus darstellt zwischen der myxödematösen Idiotie Bournevilles und den myxödematösen Infantilismus Brissauds.

Fall 3: 7 jähriger Knabe, wie in den beiden vorigen Fällen, rechtzeitig geboren und bei der Geburt ohne jede Abnormität, die sich erst gegen den 7. Lebensmonat in einem Stillstand der Entwicklung äußert, so daß er mit 7 Jahren eine Körperlänge von 77 cm hat, bei wenig ausgeprägtem Myxödem. Intelligenz gleich Null. Schilddrüsenbehandlung. Schnelle regelmäßige und progressive Zunahme von Körpergewicht und Länge. Vor und nachher aufgenommene Radiographien ergaben eine wesentliche Zunahme der Ossifikation des Skeletts. In gleichen Maße entwickelte sich die Intelligenz, verschwand die Hypothermie.

Fall 4: 18 jähriger Mensch. Geburt und erste Monate normal. Stillstand der psychischen und somatischen Entwicklung gegen den 6. Monat. Auf Schilddrüsenbehandlung lebhafte Aufnahme in der psychischen und somatischen Entwicklung.

Fall 5: 10 jähriges Mädchen mit allen Charakteren des Infantilismus und Myxödems. Schnelle und bedeutende Besserung unter Schilddrüsenbehandlung.

Fall 6: 7 jähriges Kind. Ohne erbliche Belastung, rechtzeitig geboren, entwickelt sich schlecht und bleibt schließlich im Wachstum zurück. Mäßiger Grad von Myxödem, Körperlänge 92 cm. Intelligenz eingeschlafen, schlaff. Unter Schilddrüsenbehandlung schnelles Wachstum des Skeletts, Verschwinden der zirkulatorischen Störungen und Erwachen der psychischen Funktionen. Die Hand der kleinen Kranken hatte die nach Marie für Achondroplasie charakteristische Form „la main en trident". Die Charaktere des sporadischen Kretinismus können demnach nach der Anschauung L.s sich auf zwei Symptome reduzieren: auf den Infantilismus und auf das Myxödem. Es scheint, daß diese beiden Erscheinungen eng miteinander verbunden sind und das Produkt eines infektiösen Krankheitsprozesses darstellen, der, indem er im allgemeinen auch die Schilddrüse in Mitleidenschaft zieht, zu einer funktionellen Insuffizienz dieses Organs führt. Diese Anschauungsweise findet ihre Stütze in der unbestreitbaren und raschen Besserung, die wir unter der Schilddrüsenbehandlung eintreten sehen.

H. Netter (Pforzheim).

Pàl Rauschburg, Infantilismus auf vererbter, luetischer Grundlage. (Budapesti orvosi ujsàg. 1906. Nr. 14.) Der Kranke ist $16^1/_2$ Jahre alt. Körperhöhe 121 cm, Kopflänge 157 mm, Schilddrüse auffallend klein. Auf Darreichung eines Schilddrüsenpräparates Besserung.

Ernö Deutsch (Budapest).

J. Comby (Paris), Nouveaux cas de mongolisme infantile. (Archives de méd. des enf. Janvier 1907.) Der Verf. veröffentlicht 8 neue Fälle von infantilem Mongolismus und gelangt auf Grund seiner Beobachtungen zu folgenden Schlüssen. Man versteht unter Mongolismus oder mongolischer Idiotie eine angeborene Idiotenart, charakterisiert durch das asiatische Gesicht. Die betreffenden Kinder ähneln von Geburt an einem Chinesen, Japaner oder Mongolen. Der Mongolismus ist keine allzu seltene Erscheinung, da C. im Laufe von 4 Jahren 22 authentische Fälle beobachten konnte. Durchschnittlich findet man unter 100 verschiedenen Idioten 5, welche der

mongolischen Abart angehören. Das männliche Geschlecht scheint ein größeres Kontingent zur Krankheit zu liefern; unter den erwähnten 22 Fällen waren 13 Knaben und 9 Mädchen.

Die mongolische Idiotie ist zwar angeboren, aber nicht hereditär. In fast allen Beobachtungen kann man im Laufe der Schwangerschaft verschiedene Störungen, meist psychischer Natur, wie Kummer, Aufregungen u. a. nachweisen.

Bei der Nekropsie der Mongolischen findet man Thymus und Schilddrüse normal; andererseits können Herzanomalien, wie interventrikuläre Verbindung, bestehen. Eine konstante Veränderung findet man aber am Gehirne, insofern die Hirnwindungen wenig ausgebildet, verbreitert und abgeflacht sind. Der Schädel ist kurz, rund-oval. Die Pyramidenzellen sind seltener und atrophisch, die Neuroglia zeigt leichte Proliferierung.

Radiographisch findet man Atrophie der Endphalangen an Füßen und Händen; die betreffenden Knochen sind verdünnt, verkürzt und in ihrem Gewebe atrophisch.

Die körperliche Entwicklung der Mongolischen bleibt stark zurück; die Fontanellen bleiben lange offen, die Zähne erscheinen spät, auch beginnen die Kinder spät zu gehen.

Man findet oft Pes varus, Syndaktylie, Kryptorchie, abnorme Dehnbarkeit der Gelenke, Herzanomalien, Rogersche Krankheit. Die Intelligenz ist bedeutend geschwächt, während die affektive Sphäre und das Gedächtnis bis zu einem gewissen Grade gut erhalten sind. Das Nachahmungstalent ist in gewissem Maße gut entwickelt, auch besteht eine ausgesprochene Vorliebe für Musik.

Die Prognose ist meist eine schlechte, um so mehr als eine große Anzahl von an Mongolismus leidenden Kindern in zartem Alter von verschiedenen Krankheiten dahingerafft werden. Auch besteht eine gewisse Prädisposition für Tuberkulose.

Mit Myxödem darf der Mongolismus nicht verwechselt werden. Bei ersterem fehlt die Schilddrüse, während sie bei letzterem normal ist, infolgedessen kann man bei Myxödem von der thyreoidalen Therapie einen Erfolg erwarten, was bei Mongolismus nicht der Fall ist. Die myxödematösen Kinder sind stupid und schwerfällig, während die mongolischen rührig und lustig sind, auch der Gesichtsausdruck ist bei beiden Krankheiten ein vollkommen verschiedener.

Der Verf. schließt sich ganz der Ansicht von Langdon-Down an, welcher bereits im Jahre 1866 den Mongolismus von den anderen Formen von Idiotismus getrennt hatte, und hält dafür, daß es sich bei demselben um eine sowohl anatomisch als auch klinisch und wahrscheinlich auch ätiologisch selbständige von Idiotismus handelt.

E. Toff (Braila).

Heinrich Vogt, Studien über das Hirngewicht des Idioten. Das absolute Gewicht. (Monatsschr. f. Psych. u. Neur. Bd. XX.)

Aus den Untersuchungen des Verf.s ergibt sich, daß das Wachstum des idiotischen Gehirns in derselben Zeit sein Ende findet wie das Wachstum beim normalen Menschen, vielleicht aber eher früher als später im Vergleich mit der Norm.

Das Zurückstehen des idiotischen Gehirns hinter der Norm setzt sich aus zwei Faktoren zusammen: einmal aus der minderwertigen Anlage (oder der im Laufe der Entwicklung erworbenen Erkrankung) und zweitens aus der verringerten Wachstumstendenz.

Kurt Mendel (Berlin).

Heinrich Vogt, Organgewicht von Idioten. (Neurolog. Centralbl. 1906. Nr. 17.) Körpergewicht und Körpergröße sind ebenso wie die Lebensdauer bei den Idioten unter Norm. Diese Herabsetzung ist eine nicht unerhebliche, sie beträgt für die Länge etwa 10 cm. Nach dem Gewicht würden die Kinder in einem noch niedrigeren Alter zu stehen scheinen, als dies nach dem Längenwachstum der Fall ist. Die Sterblichkeit ist in jüngeren Jahren unverhältnismäßig groß. Auch die Organgewichte sind herabgesetzt, und man kommt so mehr und mehr dahin, in der Idiotie eine mit Allgemeinsymptomen zahlreicher und charakteristischer Art verbundene Hirnkrankheit zu erblicken.

Betreffs der einzelnen Organgewichte fand nun Verf. folgendes:

Fast alle Idioten zeigen eine Herabsetzung des Hirngewichtswertes. Der Geschlechtsunterschied ist ähnlich wie in der Norm. Bei den schweren Hirnagenesien (hochgradige Mikrocephalie) findet im Leben überhaupt kein oder doch nur ein ganz minimales Wachstum statt, bei den leichteren Idiotiefällen, in denen der Mangel der Hirnausbildung ein geringerer ist, hat hingegen ein Hirnwachstum im Leben zweifellos statt. Von dem 16.—20. Jahr besteht bei den idiotischen Gehirnen ein Ansteigen der Zahlen, erst das 17. und 19. Jahr erreichen bei den Männern einen Mittelwert über 1300. Auch das Wachstum des Schädelumfanges zeigt die Hirngewichtsvermehrung intra vitam an.

Auch bezüglich des Herzens, der Lungen, der Milz, der Leber und der Nieren ist eine wesentliche Herabsetzung des Gewichtes bei den Idioten festzustellen, besonders deutlich am Herzen und an den Nieren, am wenigsten prägnant an der Leber. Die Gewichtsherabsetzung der Lungen tritt namentlich bei den älteren Fällen hervor. An den Nieren ist auch die Wachstumszunahme intra vitam bei den Idioten vermindert.

Aus den Tabellen des Verf.s geht also hervor, daß die Organgewichte der Idioten durchaus herabgesetzt sind; am meisten tritt diese Herabsetzung beim Gehirn, ferner bei Herz und Nieren hervor. Die höchstdifferenzierten Organe nehmen also am meisten Schaden, d. h. diejenigen Organe, deren Zellen die längste Entwicklungsphase durchlaufen, bis sie die volle Höhe ihrer Differenzierung erreicht haben.

Für die Natur der Krankheit ist natürlich die Hirnkrankheit das entscheidende Moment. Es kann die Affektion der körperlichen Sphäre eine Folge der Hirnaffektion darstellen.

Die Idiotie ist also eine mit einer Beteiligung der körperlichen Sphäre verbundene frühzeitige Erkrankung des Gehirns.

Kurt Mendel (Berlin).

Karl Schaffer, Beiträge zur Nosographie und Histopathologie der amaurotisch-paralytischen Idiotieformen. (Arch.

f. Psych. Bd. XLII. Heft 1.) Verf. berichtet über die Präparate eines Falles von amaurotisch-paralytischer Idiotie, vermutlich ohne Familiarität, der als juvenile Form über ein ganz anderes anatomisch-pathologisches Substrat verfügt als die Sachssche Form. Die ausschlaggebende Rolle spielen Entwicklungshemmungen, sie machen die gefundenen symmetrischen Defekte in der zentralen Marksubstanz sowie das Fehlen der Sehstrahlung verständlich. Im übrigen war das Zentralnervensystem normal gebildet. Klinisch handelte es sich um eine amaurotisch-spastische Idiotie, die bei fortschreitendem Marasmus durch eine Pneumonie beendet wurde. Es bestand spastische Paraparese der vier Extremitäten, hochgradige Abnahme der Sehkraft, ein psychischer Defekt und fortschreitender Marasmus. Die Familiarität des Leidens konnte mangels anamnestischer Daten nicht festgestellt werden, sie war mit sehr großer Wahrscheinlichkeit — trotz fehlender Anamnese — auszuschließen. Diese Vermutung schöpft Verf. aus der pathologischen Art des Falles; Entwicklungshemmungen dieser Form tragen einen bezüglich der Entstehung derartig individuellen Stempel an sich, daß sie immer nur ein „Fall" bleiben; es fehlt ihnen etwas Generelles, wodurch die Wiederholung in einem engen Kreise, in einer Familie, höchst unwahrscheinlich ist. Unterscheidet sich demnach diese Form der Idiotie von der Sachsschen Idiotie klinisch durch das Fehlen der Familiarität, so besteht die Differenz in anatomischer Hinsicht darin, daß letztere eine zytopathologisch charakterisierte Form ist, während die vom Verf. beschriebene Idiotie als eine teratologisch begründete Form anzusehen ist. Verf. meint, daß es eine große, einheitliche Form von familiär-amaurotischer Idiotie gibt, welche zwar verschiedene klinische Varietäten in sich birgt, jedoch morphologisch durch gewisse Übereinstimmung der allgemeinen Züge als eine klinische Familie charakterisiert ist. „So dürfte es eine große Idiotieform geben, welche rein zellularpathologisch gekennzeichnet ist, namentlich durch die mehr minder ausgeprägte Schwellung des Zellleibes sowie der Dendriten; ein besonderer morphologischer Charakterzug dieser großen Idiotieform wäre ferner noch die absolute Diffusion der Zellerkrankung auf das gesamte Zentralgrau nebst fehlenden makroskopischen Anomalien. Hierher wäre dann die schwerere Sachssche und die leichtere Spielmayersche Form zu reihen als zwei Glieder der großen klinischen Familie, welche wir die zytopathologisch charakterisierte familiär-amaurotische Idiotie nennen könnten." Doch gibt es (wie der Fall des Verf.s zeigt) auch eine teratologisch begründete Form der amaurotischen Idiotie ohne familiären Charakter, die also mit der familiär-amaurotischen Idiotie nichts Gemeinsames hat. Kurt Mendel (Berlin).

H. Higier, Familiäre paralytisch-amaurotische Idiotie und familiäre Kleinhirnataxie des Kindesalters. (Deutsche Zeitschr. f. Nervenheilk. Bd. XXXI. Heft. 3—4.) Verf. hatte vor einigen Jahren über ein Geschwisterpaar berichtet, das von einem jüdischen, gesunden, nicht luetisch affizierten, nahe blutsverwandten Ehepaare abstammend, an weit vorgeschrittener idiopathischer Sehnervenatrophie litt. Abnahme des Sehvermögens war von den Eltern schon im Laufe der ersten Lebensjahre konstatiert worden. Jegliche

Abweichung seitens des Nervensystems und der psychischen Funktionen wurde vermißt. Auch sonst entwickelten sich diese Patienten völlig normal, es bestand lediglich eine Atrophia nerv. opticorum mit fast vollständiger Blindheit.

Bei demselben Ehepaare beobachtete nun Verf. seit 6 Jahren ein Mädchen und seit 1/2 Jahre einen Knaben mit eigentümlichen Symptomenkomplexen.

Bei ersterem handelt es sich um ein 9 Jahre altes Mädchen, dessen Leiden die weitgehendste Übereinstimmung mit der Ataxie hérédo-cérébelleuse bietet (in Betracht kommt noch in differentialdiagnostischer Beziehung die sogen. abnorme Form der infantilen Herzsklerose, die Friedrichsche Krankheit, die reine Form der Kleinhirnatrophie, die zerebrale spastische Diplegie).

Bei dem 13 Monate alten Knaben ergab die Untersuchung das Bestehen einer familiären paralytisch-amaurotischen Idiotie (Tay-Sachs).

In Anbetracht des unzweifelhaft vorliegenden familiären Momentes ist Verf. geneigt, sämtliche, in der Familie beobachteten Fälle der großen Gruppe der angeborenen heredo-familiären Leiden zuzuschreiben.

„Auf dem Boden der Edingerschen Funktionstheorie fühlt man sich bei der Erklärung des Verlaufs und des Substrats der heredofamiliären Leiden, wo das toxisch-infektiöse Element bekanntlich fehlt, etwas sicherer, als es früher der Fall war.“ Kurt Mendel (Berlin).

III. Aus Vereinen und Versammlungen.

Gesellschaft für innere Medizin und Kinderheilkunde in Wien.

Pädiatrische Sektion.

Sitzung vom 31. Januar 1907.

Greiner demonstriert die anatomischen Präparate eines unter den Symptomen einer **profusen Magenblutung** gestorbenen Falles von **Leberzirrhose**. Das 13jährige Mädchen war, ohne vorher ernstlich krank gewesen zu sein, plötzlich an unstillbarer Hämatemesis erkrankt und 30 Stunden später gestorben.

Die Blutung war, wie sich bei der Autopsie herausstellte, aus einem geplatzten Varix im unteren Ösophagusabschnitte erfolgt. Im Präparate konnte man als Ausdruck eines gutentwickelten Kollateralkreislaufes zahlreiche Venenektasien erkennen.

Für die Genese der granulierten atrophischen Leberzirrhose ist Alkohol zu beschuldigen. Das Kind bekam viele Monate hindurch täglich 1/4 l Bier zu trinken.

Preleitner zeigt ein 12jähriges Kind mit **isolierter Lähmung des M. serratus anticus.**

Die Erkrankung besteht seit ca. 2 Wochen. Die Stellung der Schulterblätter ist asymmetrisch. Das rechte steht normal, das linke erscheint um ca. 45° nach außen gedreht, der linke Angulus scapulae steht höher als der rechte. Die Asymmetrie tritt deutlicher hervor, wenn das Kind die Schultern hängen läßt. Das Schultergelenk ist frei. Therapeutisch kommen orthopädische Maßnahmen in Betracht, durch welche das Schulterblatt an den Thorax angepreßt wird, wobei gleichzeitig die Schulter gestützt werden muß.

Knöpfelmacher hält den angekündigten Vortrag über **„Entstehung des Ikterus neonatorum“.** Die älteren Theorien suchten den Ikterus neonatorum mit

dem massenhaften Untergang von roten Blutkörperchen in ätiologischem Zusammenhang zu bringen.

Quinke nahm an, daß der Ikterus auf Resorption von Gallenbestandteilen aus dem Mekonium zurückzuführen sei. Vortr. konnte nachweisen, daß diese Theorie Q.s unhaltbar ist. Entfernung des Mekoniums aus dem Darme unmittelbar nach Geburt hat keinen Einfluß auf den Ikterus. Auch die Theorie eines Stauungsikterus ist zurückzuweisen, was Vortr. durch Hinweis auf negative histologische Befunde zu stützen sucht.

Nach Oswald besitzt die Galle neugeborener Kinder **hohe Viskosität.** Die Gallenproduktion ist unmittelbar nach der Geburt gesteigert. Die Gallenkapillaren erscheinen dadurch ektasiert.

Knöpfelmacher stellt folgende Theorie auf: Der Ikterus neonatorum ist eine Sekretionsanomalie der Leberzellen, welche mit der Steigerung der Gallenproduktion unmittelbar nach der Geburt zusammenhängt. Wegen der Zähigkeit der neugebildeten Galle kann dieselbe schwer abfließen. Es kommt daher zum Übertritt der Galle aus der Leberzelle in die Blut- bzw. Lymphbahn.

Escherich weist in der Diskussion darauf hin, daß die Theorie Knöpfelmachers doch auf einen Stauungsikterus hinauslaufe. E. hält die Ergebnisse der Untersuchung im übrigen für die Lösung der Frage noch nicht für ausreichend.

Knöpfelmacher erwidert, daß seine Theorie wohl eine Stauung annimmt, aber in einem anderen Sinne als die jetzigen Theorien.

Sitzung am 14. Februar 1907.

Flesch demonstriert ein durch Operation gewonnenes Präparat von **Darm-Intussuszeption.** Der Knabe erkrankte plötzlich unter Erbrechen und kolikartigen Schmerzen im Bauche. Dabei bestand Stuhlverstopfung. Während des Anfalles konnte man intensive Dünndarmperistaltik sehen. In der Gegend des Appendix bestand Druckempfindlichkeit.

Man dachte an perforiative Appendizitis. Bei der Operation war Coecum und Appendix völlig normal. Dagegen fand sich eine Invagination des Ileum von $^1/_4$ m Länge. Der Darm war in deren Bereiche blaurot, geschwollen und zeigte dekubitöse Stellen.

Die invaginierte Partie wurde reseziert. Jetzt befindet sich Patient auf dem Wege der Besserung.

Als Ursache der Intussuszeption konnte ein von der Spitze ausgehender Polyp von Haselnußgröße beschuldigt werden.

Escherich zeigt ein 8 monatiges Kind mit **höchstgradiger galvanischer Übererregbarkeit.** Patient ist künstlich genährt und leidet seit 2 Monaten an Verdauungsstörungen; seit wenigen Tagen besteht geringgradiger Stimmritzenkrampf.

An objektiven Symptomen besteht Fazialisphänomen, mechanische und galvanische Übererregbarkeit. KSZ (Kathodenschließungszuckung) bei 0,05 Milliampère, die ASZ und AÖZ bei 0,2, KÖZ bei 0,3 Milliampère.

Aussetzung der Milch auf 2 Tage setzte die galvanische Erregbarkeit nicht herab, im Gegenteil sie stieg noch an, während in anderen Fällen auch nach Finkelstein, Gregor Einfluß der Diät häufig kenntlich ist.

Zur Klärung der Frage, ob das Fazialisphänomen durch direkte Reizung des Fazialis zustande kommt oder auf reflektorischem Wege (Moro), wurde eine Stelle der Wange anästhesiert.

Trotzdem konnte das Fazialisphänomen ausgelöst werden. Dieser Befund spricht gegen einen Reflexvorgang.

Spieler bemerkt, daß er in 2 Fällen von **Tetanie durch Diätregelung** ebenfalls keinen Erfolg erzielte, erst nach Verabreichung von Phosphorlebertran besserte sich der Zustand langsam. Lebertran ohne Phosphor und Parathyreoïdintabletten waren ohne Einfluß. Bei 60 Kindern fand Sp., daß am N. medianus die AÖZ vor der ASZ auftrat.

Pirquet betont, daß sich verschiedene Nerven in dieser Hinsicht abweichend verhalten. P. hat alle seine Werte vom Peroneus gewonnen.

Neurath fragt, ob das Fazialisphänomen einen Rückschluß auf die Nervenübererregbarkeit gestattet.

Pirquet erwidert, daß das Fazialisphänomen fast immer mit kathodischer Übererregbarkeit einhergeht.

Escherich bemerkt zum Schlusse, daß die Ansicht, jedes Fazialisphänomen bedeute Tetanie, sicher falsch ist. Galvanische und mechanische Übererregbarkeit gehen nicht immer parallel.

Baumgarten berichtet über Untersuchungen betreffs Vorkommen von **Milchsäure** im Liquor cerebrospinalis. In 25 Fällen (Meningitis, chronischer Hydrocephalus usw.) positiver Befund, in 5 Fällen (Nabelsepsis, beginnende Meningitis) fehlte Milchsäure.

Frl. **Bienenfeld** hält einen Vortrag über „**Die Leukozyten in der Serumkrankheit.**"

Da die Ausführungen der Vortr. vorwiegend theoretisches Interesse haben, geht Ref. nicht auf die Details der Arbeit ein.

Hervorzuheben ist, daß die Leukozytenzahl — bei täglicher Zählung morgens am nüchternen Patienten — nach der Seruminjektion während der Prodromalerscheinungen allmählich ansteigt, um frühestens am 6. Tage nach Einführung des artfremden Serums jäh abzustürzen. Die Leukopenie hält durch 1—4 Tage an und fällt mit der Höhe der Serumkrankheit zusammen. Nach dem Ablauf ihrer Serumerscheinungen erhebt sich die Kurve allmählich zu normalen Werten.

Differentialdiagnostische Zählungen ergaben, daß der Absturz der Leukozytenkurve hauptsächlich die polynukleären neutrophilen Leukozyten betrifft.

B. Schick (Wien).

Berliner medizinische Gesellschaft.

(Nach Berl. klin. Wochenschr.)

Sitzung vom 9. Januar 1907.

A. Baginsky: a) **Ein Fall von Erblindung und Vertaubung nach Keuchhusten.**

Ich erbitte mir Ihre Aufmerksamkeit für einen Krankheitsfall, der nicht gerade zu den absolutesten Seltenheiten gehört, der aber doch zum Glück recht selten ist, nämlich für einen Fall von vollkommener Erblindung, Vertaubung und nunmehr beginnenden Erscheinungen von Idiotie (bei einem Kinde) nach Keuchhusten. — Der Krankheitsfall verlief folgendermaßen.

Das $1^1/_2$ Jahre alte Kind wurde am 11. März 1906 im Kinderkrankenhause aufgenommen. Das Kind ist rechtzeitig geboren, hat 4 Monate die Brust gehabt, später künstliche Nahrung und leidet bei der Aufnahme seit 14 Tagen an Keuchhusten, seit 2 Tagen an Krämpfen, die sich bei den Keuchhustenanfällen einstellen. Das Kind stammt aus angeblich gesunder Familie; es ist keines der Geschwister gestorben, in der Familie ist keine Tuberkulose, kein Abortus vorgekommen. Das Kind ist bei der Aufnahme in leidlich gutem Ernährungszustande, macht aber, da es völlig somnolent erscheint, einen recht schwerkranken Eindruck. Geringe Nackensteifigkeit. Die Augen reagieren nicht auf Lichtreiz, Lähmungen nicht konstatierbar; indes zeigen sich häufig einsetzende allgemeine Konvulsionen mit Streckung der Extremitäten und Verdrehen der Hände. Am Respirationsapparat nur Giemen und Pfeifen. Die Temperatur an demselben Tage zwischen 38 und 40° C. schwankend. In den nächsten Tagen traten zumeist mit den heftigen Keuchhustenattacken 14, 8, 16, 18 mal allgemeine Krampfanfälle auf. Das Sensorium bleibt benommen. Die Anfälle werden mühsam mit wiederholter Anwendung von Chloralhydrat und Chloroform bekämpft. So gehen unter wechselvollen Erscheinungen, die etwas von dem Charakter der Meningitis haben, die Tage bis gegen Ende März hin, wo dann unter Herabgehen der Temperatur die Konvulsionen verschwinden. Hustenattacken bestehen weiter. Auch zeigen sich vereinzelte anderweitige, nervöse Symptome: Rollen der Augen, Nystagmusbewegungen, gelinde Nackensteifigkeit und eine besondere Art von zuckenden Bewegungen um den Mund. Der Mund wird rüsselartig emporgestreckt, wobei die Ober- und Unterlippenmuskulatur nach entgegengesetzten Seiten ausgeführte Zuckungen beobachten läßt. Die Zunge wird zwischen die Zähne geklemmt, indes ohne Verletzungen davonzutragen. Stärkere Salivation. Die Pupillen sind auffallend weit, aber während sie anfänglich starr erscheinen, reagieren sie jetzt auf Lichtreiz gut.

Im Verlaufe des Monats April stellten wir fest, daß, wiewohl das Sensorium des Kindes etwas freier geworden zu sein scheint, eine Wahrnehmung von

Licht nicht statthat, und alsbald konnte auch konstatiert werden, daß das Kind selbst von lauten Geräuschen, von Musik und Pfeifen, keine Wahrnehmung hat. Das Kind ist schreckhaft, wenn man es plötzlich berührt, auch treten um diese Zeit und auch noch in den späteren Wochen hin und wieder Konvulsionen ein. — Die um die Mitte des Monats April gemachte Lumbalpunktion entleerte unter ziemlich starkem Druck 50 ccm klarer, völlig bakterienfreier (Plattenkulturen) Flüssigkeit. — Es muß als eine wichtige Erscheinung betont werden, daß der Pupillenreflex, der nach kurzem Fehlen sich eingestellt hatte, definitiv bestehen blieb und prompte Reaktion auf Lichtreiz jederzeit eintrat. Ich mochte damals schon auf Grund dieser Tatsache, wie ich sogleich erwähnen will, die Hoffnung, daß das Kind sein Sehvermögen wieder erhalten werde, nicht aufgeben, und komme darauf alsbald zurück. Das Kind blieb in diesem Zustande mit geringen Änderungen bis zum Monat Oktober. Sehr auffallend waren in dieser Zeit die sonderbaren Mundbewegungen, zu denen sich ein eigenartiges, heftiges, fortdauernd wiederholtes Hineinfassen mit den Fingern und Schmatzen gesellte. Im Oktober bemerkten wir zuerst ein schreckhaftes Zusammenfahren beim Ertönen einer schrillen Pfeife oder sonstigen starken, plötzlich gemachten Geräuschen, auch schien es, als wenn eine gewisse Lichtwahrnehmung bei dem Kinde sich bemerklich machte. So fing das Kind an, wenn volle Sonnenstrahlen plötzlich auf Bett und Gesicht fielen, mit beiden Händchen die Augen zu bedecken. Stärkere Geräusche wurden unangenehm empfunden, das Kind schrie auf und weinte. Im Monat November schien auch das Sensorium sich zu verbessern; das Kind wurde ein wenig zugänglicher für Spiel, wenn andere Kinder an das Bett herantraten, auch machte es beim Füttern einen verständigen Gesamteindruck.

So ist das Kind allmählich in denjenigen etwas verbesserten Zustand gekommen, den Sie jetzt an ihm wahrnehmen können. Das Kind fixiert augenscheinlich, wenn auch nur für Momente vorgehaltene Gegenstände, verfolgt für Momente Gegenstände und Personen mit den Augen; es beachtet plötzlich ertönende Geräusche, so daß man eine gewisse, freilich ganz langsame Verbesserung der beiden Sinneswahrnehmungen konstatieren kann; dagegen ist von einer wirklichen Teilnahme an der Umgebung keine Rede, und mit den eigenartigen Handbewegungen nach dem Munde, dem steten Kauen und Schmatzen und der Salivation macht das Kind entschieden den Eindruck eines idiotischen, sensorisch Erkrankten. Ich will erwähnen, daß wir dauernd den Augenhintergrund kontrollierten, und insbesondere hat Herr Dr. Spiro, der sich um das Kind augenärztlich bemüht, konstatiert, daß, nachdem im Anfange Pupillenstarre, ohne Veränderung des Augenhintergrundes bestanden hatte, später die Pupillenreaktion eintrat und bestehen blieb, daß aber die Sehnervenpapille anfing eine leichte temporale Abblassung zu zeigen. Im Dezember konstatierte Herr Spiro, daß die Augen dem Lichte folgen, die Pupillen prompt reagieren und daß eine geringe temporale Pupillenabblassung noch besteht. Die Veränderung ist aber so unbedeutend, daß man den Augenhintergrund eigentlich als normal bezeichnen kann.

Es gehört also der Fall in die Reihe derjenigen Fälle zerebraler Störung bei Tussis convulsiva, die mehrfach und ja auch von mir beschrieben worden sind. Die Literatur ist ja leicht zugängig, und ich kann auf mein eigenes Lehrbuch, in dem die Fälle eingehende Berücksichtigung gefunden haben, verweisen.

Wie kann man nun den vorliegenden Fall pathologisch deuten? Neurath, der vor 2 Jahren eine eingehende Arbeit über den pathologischen Befund bei den zerebralen Störungen bei Keuchhusten gebracht hat, ist geneigt, für die Mehrzahl der Fälle meningitische Reizungen und Veränderungen durch Exsudation, Zellenauswanderungen usw. anzunehmen; von anderen sind Hämorrhagien in den Vordergrund gebracht worden, von anderen toxische Einflüsse auf das Cerebrum. Ich habe, insbesondere unter dem Eindruck der Lumbalpunktion, die Idee des Bestehens eines akuten Hydrocephalus im Verein mit, und im Verlaufe meningitischer Reizung gefaßt gehabt, auf toxischer Basis, wie ich namentlich meine früher beobachteten, so glücklich abgelaufenen Fälle schließlich lediglich als aus toxischen Einwirkungen hervorgegangen erklären konnte. Es wäre sonst nicht zu verstehen, wie beispielsweise aus völliger Verblödung heraus, wie ich sie bei T. convulsiva beobachtet habe, völlige Heilung eintreten könnte; dies könnte doch nicht der Fall sein, wenn wesentliche anatomische Alterationen vorhanden gewesen wären. — Bei alledem ist doch der langwierige und nicht ganz günstige Verlauf dieses Falles derart, daß er eine andere Deutung zuzulassen scheint. Ich

habe gerade heute bei einem Falle von T. convulsiva eine eigentümliche Beobachtung gemacht. Es sind bei dem Kinde, welches etwa in derselben Altersstufe, wie dieses Kind hier steht, während der Hustenanfälle ganz minimale, submiliare Blutungen in Pünktchen, Kreischen und Strichelchen auf der Haut aufgetreten, zu vielen Hunderten. Man kann sich wohl vorstellen, daß, wenn ähnliches an der Hirnrinde und an wichtigen zerebralen Zentralapparaten vor sich geht, aus diesen minimalen Blutungen mit nachfolgenden Reizungszuständen Erscheinungen von Störungen funktioneller Art resultieren können, wie dieses Kind sie zeigt. — Diese minimalen anatomischen Läsionen werden aber doch wohl auch der Reparation sich zugänglich erweisen, weil sie nicht allzu tiefgreifend sind. — Ich muß nun aber noch einmal auf meine Äußerung zurückkommen, daß ich von Anfang an die Hoffnung hegte, das Kind werde sein Sehvermögen wiedererhalten. Da muß ich an eine Erläuterung erinnern, die vor vielen Jahren v. Graefe (1867) gelegentlich einer Besprechung von Fällen mit plötzlicher und vorübergehender Amaurose bei Scharlach durch den damaligen Professor der Pädiatrie, Ebert, den Vorgänger von Henoch, in dieser unserer medizinischen Gesellschaft gab, und die ich selbst noch hörte. v. Graefe führte aus, daß die erhaltene Pupillenreaktion beweise, daß der Reflexbogen vom Optikus zu den Vierhügeln und von da zu den Okulomotoriuszweigen ununterbrochen sei; — daß hier eine Läsion nicht bestehe. Der Ausfall der Lichtwahrnehmung und des Sehens könne nur durch eine Läsion die weiter rückwärts, nach der Hirnrinde zu liege, entstehen. Diese Läsion könne so schwer sein, daß der Kranke stirbt, aber daß diese Läsion solche Residuen hinterlasse, daß unter Fortbestehen des Lebens eine dauernde Unterbrechung der Bahnen von den Vierhügeln zum Orte der Lichtwahrnehmung bestehen bleibe, das könne man sich nicht vorstellen. So liege also in dem Erhaltensein des Pupillenreflexes eine gewisse Garantie der Wiederkehr des Sehvermögens, wenn der Kranke am Leben bleibt; sicherer als in der augenblicklich anscheinend nicht bestehenden Läsion der Papille und der Retina, der sich bei unterbrochener Pupillenreaktion später einstellen kann.

Wenn Sie nun selbst das Kind beachten wollen, so werden Sie sehen, wie es die Augen stets dem Licht zuwendet, wie es vorgehaltene Gegenstände wenigstens für Augenblicke fixiert, bald freilich wieder aus den Augen läßt. — Teilnahmlos ist das Kind nach wie vor der Umgebung gegenüber, und man muß befürchten, daß trotz langsamer Wiederherstellung von Seh- und Hörvermögen dennoch irreparable Zustände des Sensorium zurückbleiben.

Erwähnen will ich, daß das Kind mit Merkur- und Jodoformeinreibungen behandelt worden ist, auch Jodkalium in ausreichender Menge erhalten hat.

b) Ein Fall von Epidermolysis bullosa.

Der zweite Fall, den ich demonstrieren möchte, ist ein dermatologischer, und ich muß von vornherein um Entschuldigung bitten, wenn ich den Fall hier vorführe, da ich kein Fach-Dermatologe bin und nicht imstande bin, an den, wie ich glaube, immerhin bemerkenswerten und seltenen Fall aufklärende Erläuterungen zu knüpfen.

Es handelt sich um ein Kind von $1^1/_2$ Jahren, bei welchem eine geradezu erschreckend hartnäckige Hauterkrankung aufgetreten ist. Das Kind ist nie krank gewesen, ist auch von gesunden Eltern, ist eine zeitlang an der Brust genährt. — In der Familie ist ein ähnliches Leiden der Haut nie vorhanden gewesen. — Das Kind ist 10 Tage vor der Aufnahme im Krankenhause an zwei großen Blasen an der Innenseite der Oberschenkel erkrankt. Alsbald traten die Blasen auch im Gesicht auf, und bei der Aufnahme zeigten sich mächtig ausgedehnte, zum Teil auch kleinere, konfluierende Blasen, die sich ebensowohl über Brust, wie über Unterbauchgegend und die Extremitäten erstreckten. Ich habe, da das ganze Aussehen in keiner Weise der bekannten Pemphiguserkrankung der Kinder, auch nicht der von mir beschriebenen malignen Pemphigusform entsprach, zunächst an die als Herpes iris bezeichnete Erkrankungsform gedacht, bin aber, da das Übel von größerer Hartnäckigkeit ist und allen angewendeten Mitteln widerstrebt, auch der ursprünglich entzündliche Charakter der Blasen mehr und mehr zurücktritt, darauf gekommen, daß die Affektion vielleicht doch in die Gruppe der von Goldscheider, Valentin, Köbner u. a. beschriebenen Epidermolysis bullosa-Erkrankungen gehört, wenngleich in unserem Falle von Erblichkeit nichts nachzuweisen ist. Die Blasen schießen urplötzlich neu an den verschiedensten Körperstellen auf, trocknen ein und bieten jetzt mit den auf den ursprüng-

lich befallenen Stellen liegenden Krusten ein wesentlich gegen das ursprüngliche verändertes Krankheitsbild.

Ich habe zufälligerweise gleichzeitig mit diesem Kinde ein an echtem Pemphigus neonatorum erkranktes Kind im Krankenhause aufzunehmen gehabt und habe bei beiden Fällen bakteriologische Untersuchungen angestellt. Hierbei stellte sich heraus, daß bei diesem unseren Falle lediglich Streptokokken wuchsen, im Gegensatze zu dem anderen Falle, dem Pemphigusfalle, der die üblichen Formen von Staphylovirus in der Kultur aufwies.

So widerstrebt dieser Fall auch bis jetzt der sich mir sehr erfolgreich erwiesenen Pemphigusbehandlung. Tanninbäder, abwechselnd mit konsequenter Anwendung von Streupulvern haben gänzlich in Stich gelassen.

Vielleicht, daß einer unserer erfahrenen Herren Dermatologen die Güte hat, sich zu dem Falle zu äußern, bei der Gelegenheit auch therapeutische Vorschläge macht und überhaupt kund gibt, ob Hoffnung vorhanden ist, daß die Krankheit baldigst zur Heilung gebracht werden kann.

Blaschko: Die Fälle, welche von Köbner unter dem Namen Epidermolysis bullosa hereditaria beschrieben worden sind und die freilich meist nicht in dem Sinne hereditär sind, daß nun gerade die Eltern der betreffenden Kinder erkrankt sein müssen, sondern daß irgendwelche Aszendenten, auch nicht in direkter Linie die Erkrankung zeigen, sind dadurch charakterisiert, daß die Blasenbildung nur auf mechanischen Druck, nicht spontan und auch nicht durch irgendwelche chemische Reizungen eintritt, und ich möchte deswegen nicht glauben, daß in diesem Fall hier das Krankheitsbild vorliegt, das von Köbner u. a. als Epidermolysis bullosa bezeichnet worden ist.

Hier sehen wir eine Reihe von entzündlichen Prozessen, annulären Erythemen und in deren Zentrum erst die Blasenbildung; es kann daher meines Erachtens nur die Frage aufgeworfen werden: Handelt es sich hier um einen echten Pemphigus oder um die sogen. Dermatitis herpetiformis Duhring, eine gutartige pemphigusähnliche Krankheit, welche außer durch ihren benignen Charakter und ihre Neigung zu Rezidiven dadurch charakterisiert ist, daß sie sie sehr vielgestaltig ist, d. h. daß neben den eigentlichen Blasen auch noch eine Reihe von anderen exsudativen Exanthemformen, urtikaria-ähnlichen Elementen, vor allem aber Erytheme, so wie wir sie in diesem Falle sehen, aufzutreten pflegen.

Man kann ja nun bei der einmaligen Beobachtung eines solchen Falles kein definitives Urteil abgeben. Aber wenn sich nicht herausstellen sollte, daß diese Blasen durch mechanischen Druck im Laufe von wenigen Minuten künstlich hervorzurufen sind, so liegt das Bild der Epidermolysis hereditaria bullosa nicht hier vor, und ich würde einmal versuchen, mit Arsentherapie vorzugehen. Gerade bei der Duhringschen Krankheit hat sich Arsen sehr häufig als außerordentlich zweckmäßig erwiesen.

Medizinische Gesellschaft Basel.

(Nach Korrespondenzblatt f. Schweizer Ärzte.)

Sitzung vom 6. Dezember 1906.

1. E. Hagenbach (Autoreferat) referiert über weitere Beobachtungen an **rachitischen Muskeln**, die er schon in einem Artikel im „Jahrbuch für Kinderheilkunde“ Bd. LX, Heft 3 besprochen hat. Dazu geben ihm histologische Untersuchungen Anlaß, über welche hier anschließend Mitteilungen gemacht werden und welche die Annahme, daß es sich bei der rachitischen Muskulatur nicht um sekundäre Veränderungen, wie Inaktivitätsatrophie, sondern um eine primäre Myopathie handelt, zu stützen imstande sind.

Daß die Rachitis nicht allein auf einer Störung der Knochen beruht, das geht für jedermann daraus hervor, daß von seiten der Respiration, des Nervensystems, des Digestionstraktus häufig klinische Symptome sich zeigen, daß ferner die Milz oft vergrößert ist usw. Ein solch allgemeines Ergriffensein läßt die Annahme zu, daß eine allgemeine Noxe, vielleicht eine ganz bestimmte Infektion der Rachitis zugrunde liege. Was alles für eine solche Anschauung spricht, hat H. schon vor Jahren in einem Artikel über die Ätiologie der Rachitis in der „Berliner klinischen Wochenschrift“ aufgeführt.

Zu den weiteren Symptomen gehören auch die im ganzen wenig berücksichtigten Muskelveränderungen. Die Beobachtungen an rachitischen Muskeln haben für den Votanten derartig auffallende Funktionsanomalien ergeben, daß derselbe das, was bis heute vielfach als sekundäre Inaktivitätsatrophie, als Unbeweglichkeit infolge Schmerzhaftigkeit, als schlaffes Gelenk angenommen wird, auf primäre Veränderungen der Muskulatur zurückführt. Wenn ein Gelenk als erschlafft bezeichnet wird am Knie, am Fuß (z. B. genu valgum, pes valgus), so sind nicht in erster Linie die Gelenkbänder schlaff; denn jedes Gelenk wird schlaff, wo die dazu gehörigen Muskeln schwach, gelähmt oder durchschnitten sind. Ebenso die abnormen Bewegungen und Stellungen, nach Art der Schlangenmenschen, sind einzig auf die Muskeln zu beziehen. Auch die genannten Gymnasten sind nicht, wie noch häufig angenommen wird, Gelenk- sondern Muskelkünstler. Das Entstehen der rachitischen Kyphose führt Ref. ebenfalls auf Muskelschlaffheit zurück. Wären Veränderungen der Wirbel die Ursache der Kyphose, so wäre die ebenso rasche als vollständige Heilung mit dem Abheilen des rachitischen Prozesses schwierig zu erklären. Die schweren rachitischen Kyphosen, die oft für das ganze Leben bestehen, sind natürlich auf sekundäre Mitbeteiligung der Wirbel zurückzuführen.

Dieses abnorme klinische Verhalten der Muskulatur hat H. bestimmt, Bing zu veranlassen, die rachitischen Muskeln einer Untersuchung zu unterwerfen.

Im Anschluß an den Vortrag von H. berichtet Rob. Bing (Autoreferat) über seine **histopathologischen und elektrodiagnostischen Untersuchungen bei rachitischen Kindern mit pseudoparetischen und atonischen Muskelstörungen.** — An Hand von Präparaten und Mikrophotogrammen demonstriert er, daß Exzisionen an Fällen ausgeprägter rachitischer Myopathie ein charakteristisches histologisches Bild erkennen lassen (exzessive gleichmäßige Verdünnung des Faserkalibers, Verlust der Querstreifung, abnormes Hervortreten der Längsstreifung, gewaltige diffuse Vermehrung der Muskelkerne ohne nennenswerte interstitielle Infiltration, Fehlen jeglichen Fettgewebes, Zurücktreten des groben Bindegewebes). — Bei leichteren Formen finde man diese Abnormitäten der Textur nur angedeutet (Demonstration).

An Hand von Kontrollpräparaten verschiedener anderer Muskelaffektionen versucht der Vortr. darzutun, daß eine histologische Muskelveränderung sui generis vorliegt. Insbesondere schließt er die Inaktivitätshypertrophie aus, zu welchem Ergebnisse ihn auch seine funktionellen, speziell elektrodiagnostischen Untersuchungen an der Muskulatur der Rachitischen führten.

In bezug auf die hypotonisch pseudoparetischen Muskeln gewisser myxödematöser und mongoloïder Kinder ist B. noch zu keinem verwertbaren Resultate gekommen.

Dagegen kann er über einen typischen Fall von Oppenheimscher Myatonia congenita ohne pathologischen Befund in der exzidierten Muskulatur berichten (Demonstration). Er will deswegen letztere Affektion nicht ohne weiteres für eine funktionelle Affektion des Muskelsystems halten, sondern legt die Gründe auseinander, die ihm für eine Entwicklungsverzögerung der tonusregulierenden Bahnen des Zentralnervensystems zu sprechen scheinen.

Alle diese Untersuchungen sind keineswegs abgeschlossen und sollen nach mancher Richtung hin fortgeführt und ergänzt werden.

In der Diskussion erinnert von Herff an die Muskelerkrankungen bei der Osteomalacie.

Hübscher zeigt an Zitaten aus Glisson (1682), daß schon den ältern Autoren die rachitische Myopathie aufgefallen war. Seiner Ansicht nach läßt sich die Muskelschlaffheit in vielen Fällen rein mechanisch aus dem Mißverhältnis zwischen der Länge der (pathologisch verkürzten) Knochen mit den Muskeln erklären.

Wieland hält den Nachweis der von Bing gefundenen histologischen Veränderungen an möglichst frischen Stadien von Rachitis für unumgänglich notwendig; erst dann sind seine Befunde beweisend. Votant hat übrigens Kernvermehrung auch bei einfach atrophischen Muskeln konstatiert.

Kaufmann nimmt bei der Beurteilung der Bingschen Befunde einen reservierten Standpunkt ein. Das histologische Bild entspricht allerdings keinem anderen Befund.

E. Hagenbach wundert sich darüber, daß, trotzdem die rachitische Myopathie in der Literatur längst bekannt ist, sie doch stets als sekundäres Symptom

beschrieben wird. Gegenüber der Theorie von Hübscher betont er, daß es auch Rachitische in großer Zahl gebe, die normal groß werden; daß sieht man an den hohen Körpergestalten mit gekrümmten Beinen. Ferner wäre hervorzuheben, daß die abnormen Bewegungen auch mit rachitischen Kindern mit geraden Beinen können vorgenommen werden.

Hübscher erwidert, er meine nicht durch Zwergwuchs, sondern durch Verkrümmung entstandene Verkürzung.

Bing entgegnet Wieland, daß er in bezug auf die Wünschbarkeit der Untersuchung möglichst frischer Stadien vollkommen mit ihm übereinstimme, er habe aber einen Fall demonstriert, den man immerhin als ziemlich rezente Rachitis bezeichnen dürfe. Für ebenso wünschenswert halte er übrigens die histopathologische Verfolgung des Heilungs- und Ausgleichsprozesses dieser Muskelstörungen.

Bing betont ferner, daß er niemals daran gedacht habe, die Muskelkernvermehrung an sich gegen die Annahme der Inaktivitätsatrophie ins Feld zu führen (obgleich ja eine derartige diffuse Muskelkernvermehrung mit fehlender interstitieller Kernvermehrung bei Inaktivitätsatrophie tatsächlich nicht vorkomme). Vielmehr stelle die Konstellation der verschiedenen abnormen Einzelheiten (außer der Muskelkernvermehrung die gleichmäßige Verdünnung der Fasern, das Zurücktreten des Sarkolemms, das Fehlen von Fett usw.) das für die rachitische Myopathie Typische dar.

IV. Monats-Chronik.

Berlin. Die **Einrichtung von Schulsanatorien** ist von der Stadt geplant. Daselbst sollen im Gegensatz zu den Waldschulen bzw. -Erholungsstätten, welche Kranke nur stundenweise aufnehmen, schwächliche Kinder ständig wohnen. Es sollen zunächst 200 Schüler klassenweise (je 20) unterrichtet werden. Über die Aufnahme entscheidet der Schularzt.

Altenburg. Zu weiterer Ausdehnung der **Krankenpflege auf dem Lande** sind vom hiesigen Agnes-Frauenverein Freistellen im Kinderspital, sowie in den Krankenhäusern zu Schmölln und Roda gestiftet.

Bremen. Bezüglich der **Überbürdung der Schüler** hat der Elternbund für Schulreform an zahlreiche Ärzte eine Rundfrage gerichtet, ob es richtig sei, das schulpflichtige Alter auf ein bestimmtes Lebensalter festzulegen, wie viel Schlaf die Kinder in den verschiedenen Altersstufen benötigen und auf welche Zeit demzufolge der Schulbesuch festzusetzen sei. Andere Fragen beziehen sich auf die Dauer der Schulstunden, Länge der Pausen, Vormittags- und Nachmittagsunterricht, Hausaufgaben, Unterricht im Freien, Mindestmaß der Verteilung der Ferien. Die Antworten sind an Herrn Fr. Steudel, Pastor an St. Reinberti in Bremen erbeten.

Meiningen. Die **Schulärzte** sind angewiesen worden, in jedem Jahre drei bis vier **Vorträge über Gesundheitslehre vor den Eltern der schulpflichtigen Jugend** zu halten.

Dresden. Der dirigierende Arzt des Säuglingsheims in Dresden, Dr med. Bruno Salge, hat einen Ruf als außerordentlicher Professor der Kinderheilkunde an die Universität Göttingen erhalten und angenommen.

Erfurt. Die Stadtverordneten beschlossen für die 10000 Kinder der dortigen Volksschulen eine **städtische Schulzahnklinik** zu errichten.

Leipzig. Mit einer Probevorlesung über das Thema: „Das Herz im Kindesalter und sein Verhalten bei akuten Infektionskrankheiten“ hat sich Dr. med. Martin Hohlfeld, Laboratoriumsassistent und Prosektor bei Prof. Soltmann an der hiesigen Universitätskinderklinik und Poliklinik, habilitiert.

Jena. Prof. Dr. Karl Hirsch in Leipzig ist in das mit der Leitung der medizinischen Poliklinik und einem Lehrauftrag für Kinderheilkunde verbundene Extraordinariat für innere Medizin zum 1. April d. J. hierher berufen worden.

Gestorben: Geheimrat Prof. Dr. Thomas, Direktor der Universitätspoliklinik und des Hildakinderspitals in Freiburg, am 25. v. M., 70 Jahr alt.

Verantwortlicher Redakteur: Dr. Eugen Graetzer in Friedenau-Berlin. — Verlag von Johann Ambrosius Barth in Leipzig. — Druck von Metzger & Wittig in Leipzig.

Centralblatt für Kinderheilkunde.

Eine Monatsschrift für praktische Ärzte.

XII. Jahrgang. 1. Juni 1907. No. 6.

I. Originalbeiträge.

(Aus dem ersten öffentlichen Kinder-Krankeninstitute in Wien.)

Hydrozephalus und Spina bifida (Myelozystokele) bei hereditärer Lues.

Von

C. Hochsinger in Wien.

Bekannt ist die innige Beziehung zwischen angeborener Syphilis und Wasserkopf.

Ich selbst habe in einer ausführlichen Publikation auf die große Häufigkeit der syphilitischen Genese der kindlichen Hydrozephalie aufmerksam gemacht und betont, daß zur Klarstellung der Beziehung zwischen beiden Leiden nicht erst die Annahme einer paraheredosyphilitischen Grundlage der Hydrozephalie nötig ist, daß vielmehr eine echte syphilitische Meningitis die Ursache des Wasserkopfes sein kann und in der Regel auch ist.

Ausnehmen könnte man von dieser Regel nur jene Fälle, bei denen Mißbildungen des Zentralnervensystems anderweitiger Art vorliegen, die dann mit Recht im Sinne A. Fourniers als paraheredosyphilitische Dystrophien aufgefaßt werden müssen.

Zu den Mißbildungen, deren event. paraheredosyphilitische Genese A. Fournier besonders betont, zählt auch die Spina bifida, obwohl meines Wissens in der Literatur kein sicherer Fall beschrieben ist, bei welchem manifeste Erscheinungen der Erbsyphilis mit Spina bifida vereint beobachtet wurden.

Der hier abgebildete Fall, welchen ich in der Sitzung der k. k. Gesellschaft der Ärzte in Wien am 12. Oktober 1906 demonstrierte, ist um so bemerkenswerter, weil sich hier bei einem 9 Monate alten, notorisch erbsyphilitischen Kinde ein rezenter enormer Wasserkopf nebst Spina bifida und exanthematischen Ausbrüchen des Lues gleichzeitig vorfindet.

Das Kind ist das zweite Kind einer Ehe, die Mutter berichtet, Syphilis gehabt zu haben, über den Vater konnte nichts Positives eruiert werden. Das erste Kind kam als tote Frühgeburt zur Welt. Dieses Kind wurde mit normal großem Kopfe geboren und zeigte gleich nach der Geburt Coryza mit blutig eitriger Sekretion, welche 6 Wochen lang dauerte. In der Kreuzbeingegend befand sich eine faustgroße Geschwulst, welche in der dritten Lebenswoche spontan aufbrach, bis zum Ende des dritten Lebensmonates wäßriges Fluidum absonderte und sich

dann wieder spontan verschloß. Die Umfangzunahme des Kopfes datiert die Mutter seit dem Verschlusse der Geschwulst, also vom vierten Lebensmonate, doch ist erst in den letzten 2 Monaten der Kopf rapid gewachsen. Der horizontale Kopfumfang beträgt gegenwärtig 67 cm, die Distanz von der Nasenwurzel bis zum Tuber occipitale, über der Scheitelhöhe gemessen, 52 cm. Der Schädel besitzt zum größten Teil nur häutige Bedeckung, bloß das Stirnbein ist vollkommen erhalten und in der Mitte nicht gespalten, was für erworbenen und gegen angeborenen Hydrozephalus spricht. Die Stirnnaht klafft also nicht. Hingegen fehlt jegliche knöcherne Bedeckung der Augenhöhlen, so daß herniöse Ausstülpungen des Schädelinhaltes oberhalb der Augenbrauenbögen bestehen. Das subkutane Venennetz am Kopfe ist sehr ausgedehnt.

In der Lumbosakralgegend besteht ein flacher, mit breitem Stiele aufsitzender, pilzförmiger, rundlicher Tumor von 5 cm Durchmesser, welcher sich derb anfühlt und auf einem gespaltenen Wirbelkanal aufsitzt. Die Oberfläche der Geschwulst zeigt in der Mitte eine trichterförmige Einsenkung, von welcher strahlige Narben nach allen Richtungen hin ausgehen.

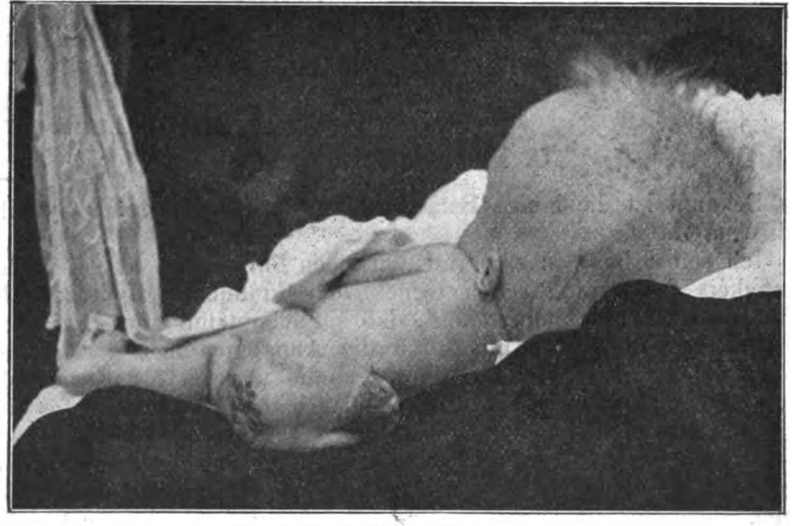


Fig. 1.

An den großen Labien, circa anum und an der inneren und hinteren Fläche der Oberschenkel, befinden sich wuchernde syphilitische Kondylome, welche seit ungefähr 3 Monaten bestehen und seit 14 Tagen behandelt werden. An der Stirnhaargrenze und der behaarten Kopfhaut finden sich gleichfalls zahlreiche syphilitische Papeln.

Das Kind zeigt gleichzeitig Kontraktur- und Lähmungssymptome: Flexions- und Adduktionshypertonie der Extremitätenmuskeln mit Hakenfußstellung und Parese des Beckenbodens mit trichterförmiger Evertierung des Anus. Die Kontrakturen sind dem Hydrozephalus, die Lähmungen der Spina bifida zur Last zu legen.

In dem mitgeteilten Falle sind, wie die beigegebenen Abbildungen zeigen, alle drei Affektionen: der Hydrozephalus, die Myelozystokele und die kondylomatöse Lues, außerordentlich klar entwickelt. In Fig. 1 sind der Hydrozephalus und der von der Myelozystokele herrührende Tumor und ein Teil der Kondylome ad nates zu sehen, auch das Exanthem am Kopfe ist teilweise zu erkennen. Fig. 2 zeigt die Ausbreitung der syphilitischen Papeln und die trichterförmige Eversion des Beckenbodens mit der klaffenden Afteröffnung, nebst dem Wasserkopf.

Es ist eine bekannte Tatsache, daß Hydrozephalus und Spina bifida in einem gewissen Kausalnexus zueinander stehen, insofern als diese beiden Anomalien häufig vereint vorkommen und insbesondere nach spontaner oder operativer Heilung der Myelozystokele Hydrozephalus nicht selten auftritt.

Es wäre also, wie Zappert im Anschluß an die Demonstration dieses Falles in der Sitzung der Gesellschaft der Ärzte in Wien hervorhob, die Möglichkeit gegeben, daß es sich um eine zufällige Mißbildung bei einem erbsyphilitischen Kinde in Form der Myelozystokele handelt, welche von Hydrozephalus gefolgt war, ohne mit der Lues selbst im Zusammenhange zu stehen.



Fig. 2.

Diese Annahme hat nur wenig Wahrscheinlichkeit für sich, weil das Vorkommen schwerer Mißbildungen an sich bei erbsyphilitischen Individuen den Zusammenhang der angeborenen Infektion mit der Mißbildung, zumindest im Sinne einer paraheredosyphilitischen Dystrophie, nahe legt.

Die Erbsyphilis führt zwar, wie ich selbst an anderen Orten ausgeführt habe, viel häufiger zu kleineren Wasserköpfen, zu „Hydrozephalien en miniature" doch habe ich selbst schon bei notorisch luetischen Kindern enorme Ballonköpfe beobachtet. Für den Zusammenhang zwischen der Lues und dem Wasserkopfe spricht im vorliegenden Falle auch der Umstand, daß das Kind mit normal großem Kopf zur Welt gekommen ist, daß sich erst im vierten Monate der Wasserkopf entwickelte, gleichzeitig mit dem Auftreten der kondylomatösen Syphilisrezidive. Dabei konnte die Verheilung der Zystokele wohl ein förderndes Moment für die enorme Ausdehnung der Hydrozephalie abgegeben haben.

II. Referate.

A) Aus deutschen Zeitschriften.

Emil Großmann, Eine seltene Form der Spina bifida cystica (Myelomeningocele sacralis anterior). (Jahrb. f. Kinderheilk. Bd. 63. Heft 2.) Die Fälle sind im ganzen selten, und während es nach den aus der Literatur angeführten 8 Fällen fast als selbstverständlich erscheint, daß eine durch einen Spalt auf der Vorderseite der Wirbelsäule austretende Zyste der Rückenmarkshäute in die

Beckenhöhle hineinwachsen muß, ist der angeführte Fall deshalb interessant, weil der Tumor — eine Myelomeningocele sacralis anterior — sich nicht in das Becken hinein entfaltet hatte. Die Geschwulst kam vielmehr unter den Weichteilen der rechten Glutaealgegend zum Vorschein und konnte von hier aus entfernt werden.

Hecker.

O. Reinach, Beiträge zur Röntgenoskopie von Knochenaffektionen hereditär luetischer Säuglinge. (Archiv f. Kinderheilk. Bd. 45. Heft 1. u. 2.) Bericht über 7 Fälle, bei denen speziell Knochenveränderungen in Kombination mit Bewegungsstörungen klinisch ins Auge fielen. Bei 6 derselben handelte es sich vorwiegend um Anschwellungen der proximalen Vorderarm- und zum Teil auch distalen Humerusenden — „Parrotsche Paralyse" —, beim 7. um diffuse Verdickung beider Unterschenkel. Die Anamnese lautete ziemlich übereinstimmend dahin, daß die Kinder seit kürzerer oder längerer Zeit „die Arme und zum Teil auch die Beine nicht mehr von selbst bewegen und daß bei Berührung dieser Teile deutliche Schmerzensäußerungen auftreten". Neben diesen Knochenaffektionen zeigten sich weitere Symptome der Lues hereditaria — Coryza, Rhagaden, Exanthem, Milztumor. Die Kinder wurden in Intervallen radioskopisch untersucht, und es konnten aus dem Auftreten von Schatten oder von Aufhellung an Stellen, wo dieselben normalerweise vermißt werden, entsprechende Schlüsse auf Konfigurationsveränderungen, Änderungen der Dichtigkeit, der Begrenzung, gezogen werden. Es fanden sich nun sinnfällige pathologische Vorgänge, sowohl an den epiphysären Verkalkungszonen, wie an der Corticalis, dem Periost und der Spongiosa, und zwar u. a.:

Verbreiterung und unregelmäßige Konturierung der proximalen und distalen Ossifikationslinien; osteonchondritische Veränderungen: Erweichungs- und Einschmelzungszonen, Granulationsbildungen, dokumentiert vorwiegend durch mehr oder minder starke Aufhellung der Knochenenden, Verschwinden der Schattenlinien der proviosrischen Verkalkungszone. Periostale Kalkwucherung an der Epiphysengegend; Veränderungen in der Spongiosa, kenntlich durch Verschwommensein der strichförmigen Bälkchenzeichnung, größere Aufhellungszonen, wahrscheinlich Granulationsbildung oder schon regressiven Veränderungen entsprechend.

Epiphysenlösung konnte mit ziemlicher Sicherheit in einem Falle erschlossen werden durch Einschmelzungsvorgänge an der bewußten Verkalkungslinie oder durch Kalkspangen, welche epiphysenwärts von dieser Linie im Granulationsgewebe liegen. In 2 Fällen fand R. eine Vergesellschaftung von Lues und Rachitis. Die epiphysäre Verkalkungslinie ist stark verschmälert, ganz dünn und rarefiziert. Die Spongiosa zeigt gleichmäßige Verschmälerung der Bälkchen mit Verbreiterung der lichten Zwischenzone. Nach den Gelenkenden zu sieht man die Spongiosabälkchen nicht mehr longitudinal, sondern in Torsionsstellung zum Teil schräg verlaufend, wie man sie sonst an rachitischen Femora besonders typisch ausgeprägt findet. Die radioskopische Differentialdiagnose bei dieser gar nicht seltenen Kombination ist nicht ganz leicht. Im allgemeinen kann man sagen, daß

rachitische Auftreibungen meist symmetrisch auftreten und selten in der frühen Zeit der Hereditär-luetischen radioskopisch sichtbare Zeichen dokumentieren. Bei Rachitis ist die epiphysäre Linie verschmälert und stark porös, die Osteophyten zeigen meist lichtere Schattenbilder.

Die klinisch bei 6 Fällen deutlich vorhandene starke Schwellung der Ellbogengegend läßt sich nur bei einzelnen Kindern mit den Veränderungen am Knochen allein erklären. Zweifellos war bei 3 Kindern, wo sich teigige Schwellung palpatorisch feststellen ließ, auch der entzündliche Prozeß von Knochen und Periost auf die Weichteile übergegangen.

Hecker.

F. Siegert, Die Fermenttherapie der Ernährungsstörungen des Säuglings. (Monatsschrift f. Kinderheilkunde. Januar 1907); **A. Czerny,** Die Fermenttherapie nach Siegert. (Monatsschrift f. Kinderheilk. Februar 1907.) S. empfiehlt von neuem seine Fermenttherapie und glaubt, daß die Arbeiten der Breslauer Schule besonders wirksame Stützen der Berechtigung dieser Therapie bilden. Er geht speziell auf die Arbeit Philips ein und schließt: „Es ist in der Breslauer Kinderklinik durch poliklinische und klinische Beobachtungen, wie durch den Stoffwechselversuch die Leistungsfähigkeit der Fermenttherapie, die ich empfohlen habe, derart bewiesen worden, daß kein Kinderarzt auf dieselbe bei der Therapie der Ernährungsstörungen des Säuglings verzichten kann."

Energisch wendet sich C. gegen diese Ansichten. Gerade die klinischen Beobachtungen von Philips bestätigen die schon früher gemachten Erfahrungen, daß die Fermenttherapie keinen sichtbaren Erfolg hat, und seine Stoffwechseluntersuchungen ergaben, daß sich kein Einfluß auf die Resorption und Retention der wichtigsten Nahrungsbestandteile feststellen läßt. Siegert liest aus der Arbeit das Gegenteil von dem heraus, was tatsächlich darin enthalten ist, und sucht den Bericht für seine Hypothesen auszunutzen. Obwohl C. auch „Kinderarzt" ist, wird er doch nach wie vor auf die Fermenttherapie verzichten.

Grätzer.

A. Baginsky, Über Meningitis cerebrospinalis pseudoepidemica. (Aus dem städt. Kaiser- und Kaiserin Friedrich-Kinderkrankenhause Berlin.) (Berliner klin. Wochenschrift. 1907. Nr. 14.) B. teilt einige Fälle mit, welche so außerordentlich in den ersten bedeutsamen klinischen Erscheinungen die epidemische Cerebrospinalmeningitis gleichsam imitierten, daß lediglich der weitere Verlauf, der rasche günstige Ausgang und endlich die bakteriologische Untersuchung der Fälle vor diagnostischen Irrtümern zu schützen vermochte.

So setzte bei einem 7jährigen Kinde die Erkrankung geradezu wuchtig mit Kopfschmerz und Erbrechen ein, darauf weiterhin mit allen Allüren einer Meningitis cerebrospinalis. Nackenstarre, Kernigsches Symptom, Steigerung der Reflexerregbarkeit, eine gewisse Eingenommenheit des Sensoriums, Prostration, sogar Herpes facialis waren vorhanden, die trüb aussehende, bei der Lumbalpunktion gewonnene Flüssigkeit enthielt reichlich Leukozyten. Aber bald fiel die Temperatur kritisch ab und damit leitete sich Besserung ein. Im

direkten Präparat nichts von Meningokokken, die Kultur blieb ganz steril, so daß nicht festzustellen war, welcher Art die Infektionserreger waren. Keinesfalls handelte es sich um die epidemische Cerebrospinalmeningitis.

Ähnlich der Verlauf in einem zweiten Falle, wo ebenfalls die Kultur aus der Lumbalflüssigkeit steril blieb.

In einem dritten Falle gelang es, einen der Meningokokken ähnlichen Mikroben aus der Lumbalflüssigkeit zu züchten, der sich jedoch bei genauerem Studium als mit dem Meningococcus intracellularis nicht identisch erweisen ließ.

In einem vierten Falle, wo ebenfalls das charakteristische Bild der Cerebrospinalmeningitis epidemica klinisch sich geltend machte, ließ sich lediglich der Staphylococcus als pathogener Mikrob konstatieren.

Diese Fälle zeigen, daß zu einer Zeit, wo an vielen Orten epidemische Fälle auftreten, ebensolche Fälle vorkommen, die bei aller Ähnlichkeit mit diesen doch andere, nicht spezifische Krankheitserreger zur Ursache haben.

Therapeutisch schien Jodkalium neben reichlichen Einreibungen mit grauer Salbe und abwechselnd mit heißen Bädern (36—37° C.) unter gleichzeitiger Kühlung des Kopfes den Kindern wohl zu tun.

B. schildert dann noch einen Fall, der in vivo exquisit das Bild der epidemischen Meningitisform darbot, rasch verstarb und noch post mortem gelegentlich der bakteriologischen Durchforschung die Schwierigkeit enthüllte, über den eigentlichen Krankheitserreger zur Klarheit zu kommen. In der Kultur wurden gefunden Streptokokken, Staphylokokken, Pneumokokken und der beim Mäuseversuch unheimlich dem Meningococcus gleichende Mikrococcus flavus, der sich aber in seinem sonstigen Verhalten von dem Meningococcus unterschied; dazu klinisch die charakteristischen Erscheinungen der cerebrospinalen Meningitis, und doch eine andere Affektion! Grätzer.

L. Langstein, Über die Bedeutung des durch Essigsäure fällbaren Eiweißkörpers im Harn der Kinder. (Berliner klin. Wochenschr. 1907. Nr. 4.) Aus seinen Untersuchungen und Erfahrungen zieht L. folgende Schlüsse:

1. Es gibt keine orthotische Albuminurie, in der nicht der durch Essigsäure fällbare Eiweißkörper ausgeschieden wird. Er ist konstant in jeder eiweißhaltigen Urinprobe vorhanden.

2. Fälle, in denen nur der durch Essigsäure fällbare Eiweißkörper ausgeschieden wird, charakterisieren sich von vornherein als different von Fällen chronischer Nephritis.

3. Bei der chronischen Nephritis der Kinder ist der durch Essigsäure fällbare Eiweißkörper entweder nicht oder in geringerer Menge als anderes Eiweiß vorhanden. Grätzer.

L. Huismans, Ein Fall von Tay-Sachsscher familiärer amaurotischer Idiotie. (Aus dem St. Vincenzhause in Köln.) (Deutsche med. Wochenschrift. 1906. Nr. 43.) H. beobachtete echte Tay-Sachssche Idiotie bei einem 3jährigen Kinde christlicher Eltern. Keine hereditäre Belastung. Das Kind entwickelte sich geistig

zunächst in normaler Weise; erst nach Ablauf etwa eines halben Jahres erfolgte ein Stillstand und später ein Rückschritt. Die Parese war eine spastische mit bedeutend gesteigerter allgemeiner Reflexerregbarkeit. Am Auge sehr ausgeprägte Atrophia opticorum, an den Maculae bisher nichts zu finden; dagegen Nystagmus und Strabismus vorhanden. Hyperacusis fehlte, eher bestand Herabsetzung des Hörvermögens. Das von Falkenheim beobachtete grundlose Auflachen fehlte, wohl aber bestand starkes Grimmassieren. In bezug auf Entwicklungshemmung war nur die geringe Körpergröße (75 cm) bemerkenswert; am Schädel und in bezug auf die Zahnentwicklung bestanden Anomalien, die aber durch eine mäßige Rachitis hervorgerufen waren, auf die auch andere Anzeichen hinwiesen. Grätzer.

J. Kumaris, Stichverletzung der Bauchwand mit Darmprolaps. (Aus der chirurg.-gynäkol. Klinik „Der Heiland" in Athen.) (Mediz. Klinik. 1907. Nr. 16.)

9 jähr. Knabe wird von einem Spielkameraden durch ein kleines spitzes Messer am Bauch, etwas unterhalb des Nabels verwundet. Der Darm kommt zum Vorschein. Das Kind wird im offenen Wagen nach Athen gebracht und trifft 4 Stunden nach dem Unglücksfall in der Klinik ein.

Beschleunigter, kleiner Puls, subnormale Temperatur. Ganze äußere Bauchwand mit Dünndarmschlingen bedeckt (mehr als $2^1/_2$ m); diese blauschwarz, leicht aufgebläht, beschmutzt (nur mit einer sehr dünnen Schicht Baumwolle und von dem Leinenkittel bedeckt, und zwar so, daß nach Entfernung des Kleidungsstückes ein großer Teil der Därme offen dalag). Keine Spur von Darmverletzung.

Unter leichter Chloroformnarkose gründliche Abspülung des vorgetretenen Darmes mit warmem, sterilem Wasser, Erweiterung der Stichöffnung, Reposition der Därme, Naht von $^4/_5$ der Wunde, Gazestreifen am unteren Wundwinkel. Keine Spülung der Bauchhöhle.

Sehr günstiger Verlauf. Keine Störung des Allgemeinbefindens, keine Temperatursteigerung. Am 12. Tag konnte das Kind geheilt die Klinik verlassen.

Sehr bemerkenswert war die Tatsache, daß das spitze Messer keine Organverletzung hervorgerufen hatte. Noch bemerkenswerter die auffallend minimale Reaktion des Bauchfells, das 4 Stunden lang der Luft und dem Straßenstaub ausgesetzt gewesen war.

K. gebrauchte kein Antiseptikum zur Abspülung, da event. übriggebliebene Keime von der nicht gereizten Serosa schnell resorbiert werden; es ist außer Zweifel, daß sie eine gewisse Menge von Infektionserregern vertragen kann, sofern Schädigungen vermieden werden.

Grätzer.

M. Sinzig (Saarlouis), Ein Fall plötzlicher Heilung von akuter Nephritis nach Urämie. (Mediz. Klinik. 1907. Nr. 1.) Das 12 jährige Kind hatte eine akute hämorrhagische Nephritis nach Scharlach, die mit dem plötzlichen Verschwinden der auftretenden schweren urämischen Krämpfe gleichzeitig ihr Ende erreichte. Zur Bekämpfung der Krämpfe hatte S. Kampferöl und 0,3 % Koffeïn. natr.-benz.-Lösung 2—3 stündlich eingespritzt: beim ersten urämischen Anfalle eine Infusion von 300 g physiol. Kochsalzlösung gemacht, die er nach 6 Stunden wiederholte, nach weiteren 3 Stunden abermals Kochsalzlösung (400 g) infundiert, woran er eine Kampfer- und Morphiumeinspritzung (0,0012 g) anschloß; außerdem Eisblase und mehrere hochgehende Einläufe von warmem Wasser. Unter dieser Therapie promptes Nachlassen der Krämpfe und dann Verschwinden der Nephritis selbst.

Grätzer.

Otto Ranke, Über Gewebsveränderungen im Gehirn luetischer Neugeborener. (Neurol. Centralbl. 1907. Nr. 3 u. 4.) Verf. beschreibt des genaueren die in ihrer Gesamtheit recht charakteristischen Veränderungen, welche sich im Zentralnervensystem luetischer Neugeborener erkennen lassen und welche größtenteils auf die direkte Anwesenheit der Schaudinn'schen Spirochaete pallida zurückgeführt werden können. Näheres ist im Original nachzulesen.

Kurt Mendel (Berlin).

Lothar Dreyer, Über Skelettveränderungen und Frühkontrakturen bei Dystrophia musculorum progressiva. (Deutsche Zeitschr. f. Nervenheilk. Bd. XXI. Heft 1 u. 2.) Verf. berichtet über zwei an Dystrophia muscularis leidende Brüder, welche zudem eine hochgradige Atrophie am Skelettsystem sowie starke und frühzeitige Kontrakturen in den Fußgelenken (Fall I) darboten. Verf. bringt diese Erscheinungen bei der Dystrophie mit einer trophischen Störung in Zusammenhang.

Kurt Mendel (Berlin).

Kurt Hildebrandt, Zur Kenntnis der gliomatösen Neubildungen des Gehirns mit besonderer Berücksichtigung der ependymären Gliome. (Virchows Archiv. Bd. 185. Heft 2.) Es werden 3 Fälle ohne Krankengeschichten — diese finden sich in der Dissertation desselben Autors (Berlin 1906) — mitgeteilt. I. Diffuses ependymäres Gliosarkom sämtlicher Hirnventrikel bei einem 16jähr. Mädchen, das in der Medulla oblongata sich als harter infiltrierender Tumor darstellte, dagegen das Ependym der Hirnventrikel in ein weiches Gliosarkom verwandelt hat. Der Fall ist dadurch interessant, daß das ependymäre Gliosarkomgewebe in ein charakteristisches Spindelzellengliom der Medulla oblongata überging, wodurch die gliomatöse Natur des Neoplasmas trotz der uncharakteristischen Zellen bewiesen wird. II. Diffuses Gliom (gliomatöse Hypertrophie) der rechten Großhirnhemisphäre bei einer 46jähr. Frau. Es wird nicht eigentliche, von umschriebener Stelle ausgehende Tumorbildung, sondern gliomatöse Entartung angenommen. III. Spindelzellengliom des Kleinhirns mit bindegewebiger Umhüllung bei einem 11jähr. Mädchen. Die Tumorzellen sind auffallend lang, faserförmig.

Bennecke (Jena).

G. W. Schorr, Über die angeborenen Geschwülste des Zahnfleisches bei Kindern und ihre Entstehung. (Beitr. z. path. Anat. u. allg. Path. Bd. 39. Heft 1.) S. hatte Gelegenheit zwei Geschwülste mikroskopisch zu untersuchen, die von Neugeborenen stammten und als gestielte Anhänge vom Zahnfleisch ausgehend zum Munde herausragten, wodurch das Säugen behindert war. S. rechnet diese angeborenen Geschwülste des Zahnfleisches zu den Mißbildungen und glaubt aus dem mikroskopischen Bilde solcher Geschwulstarten in manchen Fällen voraussagen zu können, was für weitere Veränderungen und Defekte die Tumorentfernung nach sich ziehen kann.

Bennecke (Jena).

Buday, Zur Pathogenese der gangränösen Mund- und Rachenentzündungen. (Beitr. zur path. Anat. u. allgem. Path. von Ziegler. Bd. 38. Heft 2.) B. untersuchte 2 Fälle von Noma,

2 von gangränöser Rachenentzündung und 1 von gangränöser Mundhöhlenentzündung, die Kinder zwischen 7 und 14 Jahren betrafen und zwar vorwiegend von bakteriologischen Gesichtspunkten aus. Histologisch und bakteriologisch handelt es sich in allen Fällen um dieselbe Krankheit, die nur graduelle Unterschiede aufweist. In allen Fällen fand B. die schon so oft beschriebenen Spirillen, fusiformen Bazillen, leptotrixartige Fäden und die verschiendensten Bazillen und Kokken. Den histologischen Bildern nach bereitet das Spirillum, für das B. eine besondere Färbung im Gewebe angibt, den Boden für das Eindringen der fusiformen Bazillen vor, denn es wird in noch normalem Gewebe getroffen, wo andere Mikroorganismen vollkommen fehlen. Wenn der Boden vorbereitet ist, wächst der fusiforme Bazillus in dichten Zügen nach, wobei anscheinend das Spirillum meist abstirbt und die Nekrose des Gewebes beginnt. Unter der Einwirkung anderer Bazillen tritt der gangränöse Zerfall des Gewebes ein. Auf Grund seiner Untersuchungen tritt B. der Ansicht der Autoren bei, die das Eindringen der Mikroorganismen für das Primäre, die Gewebsnekrose für das Sekundäre halten. Diphtheriebazillen und ihre Toxine kommen bei der in Rede stehenden Krankheit nicht in Betracht, wie von einigen Autoren angegeben wird. — Erwähnt sei, daß B. die fusiformen Bazillen Gram-beständig fand und daß er keinen Zusammenhang zwischen diesen Bazillen und den meist vorhandenen Leptotrixfäden annimmt. Bennecke (Jena).

H. Neumann, Über unreine Herztöne im Kindesalter. (Münch. med. Wochenschrift. 1907. Nr. 8.) Die Schallerscheinung, über welche N. höchst interessante Mitteilungen macht, besteht in einer Verdoppelung oder Unreinheit der Töne. Sie findet sich fast immer an der Spitze am stärksten oder ausschließlich. Es handelt sich um einen mehr oder weniger unreinen Ton, dessen Unreinheit bis zu einem schabenden Geräusch anwachsen kann, oder um einen gespaltenen 1. Ton (◡◡—), bei dem übrigens gelegentlich der erste Teil wieder unrein und geräuschähnlich ist. Wenn an der Spitze ein systolisches Geräusch ist, so löst es sich nach der Basis zu in eine Spaltung des Tones auf, wenn die Töne an der Basis überhaupt nicht rein sind.

N. fand diese Erscheinungen in den letzten 10 Jahren 180 mal, und zwar in den ersten 5 Lebensjahren 71 mal (= 39,4 $^0/_0$ aller Fälle), im 6.—10. Lebensjahr 89 mal (= 49,4 $^0/_0$) und im 11.—14. Jahre 20 mal (= 11,1 $^0/_0$). Die Erscheinungen sind durchaus nicht flüchtiger Natur. Sie setzen plötzlich ein und bleiben in der Regel dann dauernd nachweisbar. Es handelt sich um ein funktionelles Vorkommen von großer Beständigkeit, aber doch nicht von vollkommener Beharrlichkeit. Vielmehr ist bei dem akuten Beginn häufig zunächst ein mehr oder weniger lautes Geräusch zu hören, welches sich im Laufe der Zeit in einen gespaltenen Ton auflöst. Andererseits geht der gespaltene Ton oft bei lebhafter Herztätigkeit wieder in ein Geräusch über. Eine Akzentuierung des 2. Tones über der Pulmonalis oder eine Verbreiterung der Herzgrenzen ist in der Regel nicht festzustellen. Nicht ganz selten findet sich neben dem unreinen Ton eine Unregelmäßigkeit der Herztätigkeit.

Was die Entstehung dieser Abnormität anbelangt, so kann man natürlich ihren Eintritt nur in den Fällen beobachten, in denen man das Herz schon vorher dauernd zu überwachen Gelegenheit hatte. Als Gelegenheitsursache kann man da am häufigsten katarrhalische Erkrankungen der Luftwege entdecken; es kann sich dabei um typische Influenza oder um infektiöse Katarrhe aus anderer Ursache handeln, wobei ein Schnupfen, eine lakunäre oder einfache katarrhalische Halsentzündung, eine Bronchitis oder Lungenentzündung in den Vordergrund treten können. Aber die Abnormität kann auch nach anderen Infektionen, welche das Herz beteiligen, zurückbleiben; nach Scharlach, Diphtherie, Rheumatismus. Selten sind andere primäre Krankheiten; z. B. wurde bei einem 7—8 jähr. Mädchen nach einer Perityphlitis ein systolisches, leises Geräusch an der Spitze entdeckt, das an der Basis durch einen gespaltenen 1. Ton ersetzt war; Grenzen normal; zu 14 Jahren Befund nur noch schwach, zu 16 Jahren Töne an der Spitze rein und nur an der Basis der 1. Ton gespalten. Nach seinen Erfahrungen muß N. auch eine familiäre Disposition annehmen; Geschwister waren häufig ebenso erkrankt, ebenso die Eltern.

Für die Prognose ist zu betonen, daß die Kinder keine Zeichen von Herzinsuffizienz darbieten. Die Unreinheit der Töne kann zwar während fieberhafter Erkrankungen verschwinden, aber andererseits kann auch besonders während rezidivierender Katarrhe die Arhythmie so erheblich werden, daß man besorgt wird. Während der Verschlimmerung des Zustandes können Ruhe und kohlensaure Bäder zweckmäßig sein. Andererseits muß zugegeben werden, daß mit verschwindenden Ausnahmen während des ganzen Kindesalters keine Zeichen von Herzschwäche auftreten. Der Befund bleibt in der Regel während der ganzen Kindheit unverändert. Auch viele Erwachsene können sich mit diesem Befunde viele Jahre lang wohl fühlen, andererseits treten doch hier gelegentlich Störungen auf (Zyanose, Kurzatmigkeit u. dgl.), und es ist wohl kein Zweifel, daß schließlich die Lebensdauer verkürzt werden kann, daß das Herz nicht intakt ist und daher auf die Dauer weniger Widerstandsfähigkeit zeigt.

Was endlich die anatomische Erklärung anbelangt, so dürfte schon im Hinblick auf das nicht seltene Vorkommen von Herzarhythmie eine Beteiligung des Nervenmuskelapparates in Betracht kommen. Bei dieser Annahme schließen sich diese Störungen ungezwungen an die schwereren interstitiell-parenchymatöser Art an, wie wir sie z. B. nach Scharlach, Diphtherie, Rheumatismus nicht selten sehen. Wenn man alles dies zusammenhält, so ergibt sich, daß nach infektiösen Erkrankungen, besonders nach Infektionen an den Luftwegen, eine Beteiligung des Herzens verhältnismäßig häufig ist und daher regelmäßige Überwachung des Herzens nottut.

Grätzer.

P. Bull, Meningocele vertebrale mit Teratoma kombiniert. (Aus der chirurg. Universitätsklinik B zu Christiania.) (Münch. med. Wochenschrift. 1907. Nr. 12.) B. hatte Gelegenheit ein neugeborenes Kind mit Meningocele und Teratom am Rücken zu operieren. Der Fall war höchst interessant wegen der seltenen Struktur des Teratoms; die Details darüber müssen im Original nachgelesen werden.

Klinisch war bemerkenswert, daß das Kind trotz der 3 cm langen, stark ausgeprägten Hydromyelie seine Beine normal bewegen konnte, und zwar wird man wohl sicher annehmen können, daß die Hydromyelie angeboren und nicht in den letzten 8 Tagen erworben war. Der innige Zusammenhang des Teratoms mit den Rückenmarkshäuten zeigt, daß es sich im Anfange dicht am Medullarrohre entwickelt hat; dieses hat sich jedoch völlig geschlossen. Das Teratom hat dagegen durch sein weiteres Wachstum die Vereinigung der mesodermalen Bildungen der beiden Seiten verhindert, wodurch die Meningocele und die Spina bifida entstanden sind. Weiter darf man vielleicht annehmen, daß das Teratom durch den Zug, den es am Rückenmark wahrscheinlich geübt habe, auch die Ursache der lokalen Hydromyelie geworden sei. So findet B., daß es am richtigsten ist, das Teratom als das Primäre, die Spina bifida, die Meningocele und die Hydromyelie für etwas Sekundäres anzusehen. Grätzer.

C. T. Noeggerath, Bacillus coli immobilis capsulatus (Wilde) bei einem Falle von eitriger Meningitis cerebrospinalis. (Aus der Kinderklinik der kgl. Charité in Berlin.) (Münch. med. Wochenschrift. 1907. Nr. 13.) Der Fall betraf einen 16 Tage alten Säugling und ist der erste Fall von Meningitis cerebrospinalis, bei dem Bac. coli immob. caps. nachgewiesen werden konnte. Was seine Symptomatologie anbelangt, so bot er nichts Charakteristisches. Bemerkenswert war dagegen, daß das Kind diese schwere Erkrankung viele Wochen aushielt und dabei lange Zeit hindurch keine wesentliche Beeinträchtigung seines Allgemeinbefindens zeigte. Grätzer.

Richard Blumm (Bayreuth), Intrauteriner Kindesschrei. (Centralblatt f. Gynäkologie. 1907. Nr. 9.) Bei der Extraktion eines in Steißlage befindlichen Kindes bei einer 28jähr. II para etwa 20 Stunden nach Abgang des Fruchtwassers beobachtete B. die bekannte Erscheinung des sog. Vagitus uterinus in der Form eines ca. 5—6 mal wiederholten deutlichen Kindesschreis „im Innern des mütterlichen Leibes", den sämtliche 4 Anwesende hören konnten, und erklärt das Zustandekommen dieser Erscheinung, die B. selbst mehrfach beobachten konnte, ganz richtig durch Eindringen von Luft in den erschlafften Uterus. Wegscheider.

J. Stock (Skalsko), Ein Fall von Vagitus uterinus. (Ref. im Centralblatt f. Gynäkologie. 1907. Nr. 11.) Bei einem Fall von Querlage mit Vorfall der rechten Hand hörte Verf. in dem Moment, in dem er den Fuß herabholen wollte, ganz deutlich einen kurzen Schrei im Innern der Gebärmutter. Das leicht gewendete, schwer extrahierte Kind war asphyktisch, erst nach ca. 10 Minuten wiederbelebt.

Die Ursache für jeden Vagitus uterinus ist nach St.s Ansicht eine plazentare Kreislaufstörung. Wegscheider.

Gotthard Schubert, Behandlung der Melaena neonatorum mit Gelatineinjektionen. (Centralblatt f. Gynäkologie. 1907. Nr. 7.) Im Anschluß an 2 in der Breslauer Frauenklinik genau beobachtete typische Fälle von Melaena neonatorum, deren Heilung durch wiederholte subkutane Injektionen von 10—20 ccm einer 2 $^0/_0$ igen

Gelatinelösung gelang, wird die Anwendung dieses Mittels empfohlen und die Ätiologie der Erkrankung kurz erwähnt. Wo die innere Darreichung der Gelatinemixtur infolge Erbrechens sich verbietet und die Ätiologie keine Fingerzeige für die Therapie gibt, bleibt nur die subkutane Anwendung übrig.

Wegscheider.

M. Bernhardt, Klinische Beobachtung eines Falles von Spina bifida lumbosacralis (Myelozystocele). (Deutsche Ärzte-Ztg. 1907. Nr. 4.)

5jähr. Knabe trägt an der oberen Partie seines Kreuzbeins und in der Gegend des untersten Lumbalwirbels eine kleinapfelgroße, kugelige, von narbiger Haut bedeckte Geschwulst, die haarlos ist. Das intelligente Kind zeigt in bezug auf die Funktion seiner Hirnnerven und Sinne, sowie in bezug auf die Sensibilität und Motilität seiner oberen Extremitäten durchaus normale Verhältnisse. Dagegen besteht vollkommener Verlust der Sensibilität am Damm, der Afterkarbe, am Anus, dem Penis, an der Vorder- und Hinterfläche beider Oberschenkel, beider Unterschenkel und Füße. Die absolute Anästhesie reicht bis zu einer halbhandbreit oberhalb der Regio pubis beginnenden Partie. Urin und Stuhl kann das Kind nicht halten. Der rechte Fuß in Pes varoequinus-, der linke in Valgusstellung. Auf beiden Seiten 2. und 3. Zehe schwimmhautartig zusammengewachsen. Aktive oder reflektorische Bewegungen können an den Füßen und Zehen nicht ausgeführt werden; dagegen sieht man andauernde unwillkürliche Beugungen der Zehen beiderseits d. h. leichte Beugungen und Streckungen. Gegenüber der absoluten aktiven Unbeweglichkeit der Füße und Zehen kommen Bewegungen im Hüftgelenk und Streckungen des Unterschenkels im Kniegelenk beiderseits wohl zustande; auch können die Unterschenkel nach hinten zu den Oberschenkeln etwas gebeugt werden (rechts besser als links). Die Patellar- und Achillessehnenreflexe fehlen beiderseits, aber die elektrische Erregbarkeit sowohl der Strecker wie der Beuger an den Oberschenkeln (quadriceps cruris und der Beuger des Unterschenkels an der Hinterseite der Oberschenkel) ist erhalten. Auch die von den Nn. tibiales innervierten Muskeln reagieren auf stärkere faradische Ströme. Was die faradische Erregbarkeit der Nn. peronei betrifft, so ist diese links etwas größer als rechts. Man kann von einem etwas unterhalb der Mitte der Tibia und nach außen von der äußeren Kante dieses Knochens gelegenen Punkt durch faradische Ströme im M. extensor hallucis und vielleicht auch im M. tibialis anticus schwache Kontraktionen auslösen.

B. macht zu dem Falle folgende epikritische Bemerkungen:

In diesem Falle von Spina bifida (Myelozystocele) erscheint mir zunächst die Tatsache bemerkenswert, daß die Störungen der Sensibilität gegenüber denen der Motilität eine so bedeutende Ausdehnung haben. Das Fehlen der Reflexe von der Haut und den Sehnen aus und die absolute Anästhesie der Haut der unteren Extremitäten, der Penis-, Damm- und Aftergegend bis zum Mons pubis hin, sowie die Paralyse der Blase und des Mastdarms sprechen dafür, daß die hinteren Wurzeln der Sakral- und der Lendennerven bis zum I. N. lumbalis und vielleicht XII. N. dorsalis hin durch abnormen Verlauf oder besondere Dehnung und Zerrung schwer geschädigt sind. Demgegenüber kann man aus dem Intaktbleiben der Oberschenkelbeuger, der Unterschenkelbeuger und Unterschenkelstrecker ein Erhaltensein der motorischen Bezirke des zweiten bis fünften Lumbalsegments erschließen, während diejenigen Muskeln, welche aus den oberen Sakralsegmenten ihre motorischen Wurzeln beziehen, offenbar schwerer in ihrem anatomischen Gefüge und ihrer Funktion beeinträchtigt sind. Es haben aber auch die dem Peroneusgebiet angehörigen Muskeln wieder mehr gelitten als die von den Nn. tibiales versorgten; letztere konnten mit

etwas stärkeren Strömen elektrisch in Erregung versetzt werden; bei den von den Peronei versorgten Muskeln gelang es mir nur, die Strecker der großen Zehe und mit Mühe auch die Mm. tibiales antici zur Kontraktion zu bringen. Die Immunität einzelner Muskeln bei einem Ergriffensein anderer Muskeln, die demselben Nervengebiet angehören, ist schon früher von anderen und besonders auch von Remak in einem Falle von paralytischem Klumpfuß bei Spina bifida nachgewiesen worden. Jedenfalls scheint mir die Tatsache, daß in unserem Falle die Tibialismuskeln und einige dem Peroneusgebiet angehörige noch elektrisch erregbar befunden wurden, dafür zu sprechen, daß die Ursprungsstätten der diese Muskeln innervierenden Nerven (das erste bis dritte Sakralsegment) nicht ganz zugrunde gegangen, bzw. daß die von diesen Segmenten ihren Ursprung nehmenden Nerven zwar geschädigt, aber keineswegs ganz entartet sind. Dagegen spricht auch die oben von mir erwähnte Tatsache, daß trotz aufgehobener willkürlicher Bewegung der kleinen Fußmuskeln dennoch die Zehen, wenn auch nur geringe und nur bei darauf hingerichteter Aufmerksamkeit wahrnehmbare Bewegungen ausführten. Grätzer.

Blau, Kasuistischer Beitrag zur Meningo-Encephalitis serosa. (Zeitschr. f. Ohrenhlk. Bd. 52. Heft 1 u. 2.) 14 Tage vor Weihnachten erkrankte das 2³/₄ Jahr alte Kind an Masern, zwischen Weihnachten und Neujahr war es außer Bett, legte sich aber am 1. Januar wieder wegen Schmerzen im rechten Ohr. Am 4. Januar fing das Ohr an zu laufen, von da ab Appetitmangel, Abnahme der Kräfte, Sehvermögen und Gehör erlosch allmählich, am 12. Januar linksseitige „Ptosis“, zuweilen Zuckungen im linken Arm und Bein. Der Augenbefund am 19. Januar ergab außer einem schlaffen Herabhängen des linken oberen Lides und reaktionsloser linker Pupille nichts Besonderes. Reaktion auf vorgehaltene Gegenstände erfolgt nicht. Verf. konnte am 26. Januar folgenden Befund erheben: Völlig abgemagertes, somnolentes, blasses Kind, welches auf Anrufen nicht reagiert. Die Beine fallen nach Emporheben schlaff herab. Keine Reflexe, keine Nackenstarre. Abdomen eingesunken, Inkontinentia alvi et urinae. Urin eiweißfrei. Im rechten Gehörgange stinkendia, bröckliges Sekret, Trommelfell bis auf den oberen Rand fehlend. Paukenhöhlenschleimhaut granulierend. Warzenfortsatz druckempfindlich, keine Schwellung. Bei der Operation wurde das Antrum frei von Eiter gefunden, die Schleimhaut war stark geschwellt und zum Teil granulierend. Wegnahme eines Teiles der kariösen Hinterwand. Freilegung der Dura der mittleren Schädelgrube. Eine dreimalige Probepunktion des Hirns ergibt keinen Eiter, dagegen entleerte sich so viel wasserklare Flüssigkeit, daß die ganze Operationshöhle gefüllt wird und überfließt. Die Punktion der Dura der hinteren Schädelgrube gibt denselben Befund. Nach der Operation war die Atmung etwas freier, nach 18 Stunden trat der Exitus letalis ein. Die Kopfsektion (übrige Sektion verweigert) ergab außer geringen Gefäßveränderungen der Hirnhäute eine so starke Erweiterung der beiden Seitenventrikel, daß etwa ³/₄ einer kleinen Kinderfaust in jedem bequem Platz findet. In beiden sowie im erweiterten 3. und 4. Ventrikel völlig wasserklare Flüssigkeit. Alle Anforderungen, welche

Boenninghaus an die Diagnose „Meningitis serosa interna acuta“ stellt, sind erfüllt; es waren keine frische Meningitis purulenta oder Residuen derselben, keine Meningitis tub., keine Tumoren oder Abszesse usw. vorhanden, das Ependym war nicht verdickt, nicht getrübt, das Gehirn war einer zweifellos tödlichen Kompression ausgesetzt. Die Operation wie die Sektion deckte nirgends eine bis zur Dura greifende Karies der Knochensubstanz auf. Es bestand also keine direkte Kommunikation zwischen der primären Erkrankung im Schläfenbein und dem Schädelinhalt. Es würde sich um eine seröse Meningitis handeln, welche durch toxische Noxen entstanden ist.

A. Sonntag (Berlin).

Paul Wennagel, Das Kernigsche Symptom und seine Bedeutung für die Meningitis. (Deutsch. Archiv f. klin. Medizin. Bd. 87. S. 205.) W. prüfte das Kernigsche Symptom bei 300 Patienten verschiedenster Art in der Krehlschen Klinik und fand dabei, daß es einwandfrei bei 52 Patienten positiv war. Unter 9 Meningitikern fehlte es bei 3. Im allgemeinen schien das Symptom häufiger bei Erwachsenen, als bei Kindern vorzukommen. Der Annahme, daß das Kernigsche Symptom ein durch Schmerz ausgelöster Reflex sei, widerspricht die Tatsache, daß es ganz ohne Schmerzäußerung vorkam, ja die Schmerzlosigkeit soll sogar die Regel sein, und darin soll der wesentliche Unterschied gegenüber dem Lasègueschen Ischiasphänomen liegen.

Starck.

Fr. von Veress, Über Lupus vulgaris postexanthematicus. (Monatshefte f. prakt. Dermat. Juni 1906.) Nach akuten Exanthemen der Kinder — Wasserpocken, Masern, Scharlach — tritt manchmal während der Rekonvaleszenz, öfters aber nach Ablauf derselben, eine disseminierte Hauttuberkulose in Form der Lupus vulgaris auf. Nach v. V. sprechen alle Umstände und klinischen Symptome, nämlich die vielen Läsionen der Haut, das Fehlen von Metastasen innerer Organe, das Fehlen allgemeiner Embolisation, Auftritt des Lupus nach und nicht während des akuten Exanthems, häufig vorkommende spätere Vermehrung der Effloreszenzen für einen äußeren Ursprung durch Inokulation. Die einzigen, die hämatogene Entstehung scheinbar stützenden Argumente wie Multiplizität und gleichzeitiges Auftreten vieler Herde sind eigentlich auch für die äußere Entstehungsart verwertbar, da die Inokulation auf einer vielfach beschädigten, zarten Kinderhaut an vielen Stellen gleichzeitig zustande kommen kann. Aber auch im histologischen Bilde fehlen die Kriterien der Beteiligung der Gefäße an der Bildung der lupösen Herde, Auftreten der Knötchen in allen Schichten der Haut, die die Annahme einer hämatogenen Entstehungsart dieser Lupusform stützen könnten.

Max Joseph (Berlin).

Julius Heller (Charlottenburg), Zur Kasuistik seltener Nagelerkrankungen. (Dermatolog. Zeitschr. Bd. XIII. Heft 9.) Fall I. Lupus erythematosus der Nägel bei einem 17 jährigen Mädchen. Das Grundgesetz der Nagelpathologie ist: Nur die primäre Nagelerkrankung an einer bestimmten Dermatose ist charakteristisch, im weiteren Verlaufe verliert die Nagelaffektion die für die einzelnen

Dermatosen spezifischen Merkmale. H. hebt das nochmals besonders hervor. Im vorliegenden Falle fanden sich auf dem hinteren Nagelwall des 2. 3. 4. Fingers in verschieden großer Ausdehnung schuppende, tiefrote, charakteristische Infiltrate; zum Teil waren auch die seitlichen Nagelwälle befallen. Am 4. Finger war der ganze Nagelwall zirkulär erkrankt. Durch eine vertiefte Stelle schimmerte das tiefrote Nagelbett hindurch. Auch fanden sich einige wenige quadratmillimetergroße Stellen, an denen bei völlig intakter Nagelplatte das Nagelbett tiefrot durchschimmerte (Lupus erythematosus — Plaques des Nagelbettes).

Fall II. Abfall fast aller Nägel der Finger nach einer Gehirnerschütterung. Ein 6 jähriges Mädchen schlug im Fallen mit dem Hinterkopfe auf eine mit Eisen beschlagene Treppe auf und bekam dadurch eine Gehirnerschütterung mit Krämpfen usw. Einige Wochen später begannen die Fingernägel sich einzuspalten und schließlich abzugehen. Die Nägel sind jetzt, nach 5 Jahren, noch nicht wieder gewachsen. Das freiliegende Nagelbett hat an einzelnen Stellen den Versuch zu einer pathologischen Hornbildung gemacht. Einen ähnlichen Fall, aber nach Erfrierung, hat H. bereits früher publiziert.

James O. Wentzel (Zittau).

Anselm Lehle, Ein Fall von Raynaudscher Krankheit im Säuglingsalter. (Dissertation. München 1906.) Wegen der Seltenheit der Affektion in diesem Alter — Winckel, aus dessen Klinik die Arbeit hervorgegangen, hat nach der Angabe des Verf.s einen zweiten gleichen Fall nicht gesehen — möge die Geschichte derselben genauer wiedergegeben werden. Aus der Anamnese der 20 jährigen Mutter wie aus deren klinischem Untersuchungsbefund ergibt sich nirgends etwas, was auf eine überstandene luetische Erkrankung hindeuten würde. Die Geburt verlief spontan. Am Neugeborenen waren keine Symptome vorhanden, die als Ausdruck einer hereditären Syphilis aufzufassen wären. Bereits am Abend der Geburt traten an dem Kind eigentümliche Erscheinungen auf. Auf beiden Wangen erschienen umschriebene, rötliche kleinblasige Erhebungen; die Nase sah etwas blaß aus und fühlte sich kühl an, alsbald zeigte sie auch an der Spitze eine deutliche livide Verfärbung. An den oberen Extremitäten war eine stärkere, an den unteren ein leichtere ödematöse Anschwellung zu konstatieren. Am 16. Mai, am 2. Lebenstag, waren die Partien auf den Wangen intensiv rot gefärbt, setzen sich aus ganz kleinen Bläschen mit blutig-serösem Inhalt zusammen, Hände und Füße geschwollen. Die Nasenspitze hat sich kolbig verdickt und schon eine blau-schwarze Vertärbung von fast gangränösem Aussehen angenommen. Der Nagel des kleinen Fingers der rechten Hand, sowie der des Mittelfingers links sind livid verfärbt. Keine Abhebung der Epidermis an den Händen. Temperatur 37, Puls 110, keine auffallende Erscheinungen am Herzen. Am 3. Tag Eruption an den Wangen niedriger und blasser, an beiden Knien ganz ähnlich gerötete Partien, zum Teil isolierte, zum Teil diffuse Bläschen darstellend; die Nasenspitze ist gangränös geworden. Die infolge einer von vornherein bestehenden Abneigung gegen die Mutterbrust nötig gewordene Flaschenernährung gelingt nur mangelhaft und am 4. Tag bleibt die Nahrungsaufnahme ganz gering. Die Erscheinungen an beiden Wangen

im Rückgang, einzelne Bläschen geplatzt, kleine Exkaviationen hinterlassend. Die Nasenspitze ist tintenschwarz verfärbt, die eingetretene Gangrän durch eine scharfe Demarkationslinie abgegrenzt. Die ödematöse Schwellung an den Händen ist ohne Änderung, die der Füße zurückgegangen. Am Abend hat sich an der Spitze des linken kleinen Fingers eine größere, an der des rechten eine kleinere Blase mit gelblichem Inhalt gebildet. Atmung leicht pfeifend, Kind unruhig. Die Nacht auf den 19. Mai, 5. Lebenstag, durch freier gewordene Atmung ruhiger. Nachlaß der Wangenrötung, die Bläschen an den Knien zum Teil eingetrocknet, die an den Wangen bilden einen kleinen Schorf. Die Blase an der Spitze des kleinen Fingers links noch größer, die an der Spitze des rechten etwas kleiner, der Inhalt der ersteren mehr gelb, derjenige der letzteren schwarzrot.

Am 6. Tag kann die Gangrän der Nasenspitze als vollständig abgegrenzt betrachtet werden. An Stelle der Bläschen auf den Wangen zum Teil schwärzliche Schorfe, Schwellung der Hände und Füße gering, die Blasen an den beiden kleinen Fingern ohne Veränderung, die livide Verfärbung des Nagels des kleinen Fingers rechts und des Mittelfingers links besteht noch. Unter Zunahme der Lungenerscheinungen am gleichen Tag Exitus letalis. Vom Sektionsbefund sei nur kurz erwähnt das Vorhandensein von Klappenhämatomen an der Tricuspidalis, Mitralis und — als Abnormität nach den Ausführungen Fahrs — an der Pulmonalis; eine ätiologische Bedeutung kommt diesen Klappenhämatomen oder, wie sie Fahrs genannt wissen will, diesen Kapillarektasien der Herzklappen Neugeborener für die vorliegende Krankheit nicht zu, seitdem wir durch die Arbeit von Parrot und Fahrs wissen, daß es sich bei diesen Bildungen um vollkommen normale Vorgänge handelt. Von einer Erkrankung der Gefäße berichtet das Sektionsprotokoll nichts, insbesondere werden keine Anhaltspunkte mitgeteilt für eine luetische Erkrankung, für die Annahme einer Thrombosierung durch Infektionsträger im Anschluß an Infektionskrankheiten ebenfalls nicht. Der Nabelring erwies sich bei der Sektion aber intakt. Auch von einer Verengerung der Aorta, welche Raynaud in zwei Fällen beobachtete und für ein prädisponierendes Moment in Anspruch nimmt, ist im Sektionsbericht nichts erwähnt. Eine Analyse der Krankheitserscheinungen in dem L.schen Falle an der Hand der klassischen Beschreibung Raynauds ergibt im einzelnen folgendes: Plötzlicher Beginn, wahrscheinlich auch mit Schmerzen, und ein durch diese Stadien charakterisierter Krankheitsverlauf: lokale Synkope — blasse, kühle Nasenspitze — im ganzen offenbar rasch vorübergegangen, vielleicht auch nicht fortgesetzt kontrolliert, immerhin ein von anderen Autoren verbürgtes Vorkommnis; als zweites Stadium die lokale Asphyxie: die livide Nasenspitze macht alle Nuancen von Blau und Schwarz bis zum völligem Tintenschwarz durch, livide Verfärbung des Nagels des rechten kleinen Fingers und Mittelfingers; im dritten Stadium auf beiden Wangen, Knien und beiden kleinen Fingern mit sanguinolentem Inhalte gefüllte und alsbald zu schwärzlichen Schorfen austrocknende Blasen, eine Art oberflächliche Gangrän, deren eventuelles Tiefergreifen durch den Tod des Kindes überholt wurde. Und in schönster Weise ausgeprägt die für

die Raynaudsche Krankheit so charakteristische, und von Raynaud selbst in einer Reihe von Fällen beobachtete Gangrän der Nasenspitze, und zwar die tiefe Form des Brandes, wie die Sektion zeigte. Die im Verlauf der Erkrankung aufgetretenen Ödeme der Arme und Beine sind ebenfalls in einer Anzahl von Fällen von symmetrischer Gangrän beobachtete Erscheinungen. Möglich auch, daß die im Sektionsbericht erwähnten Eiterbläschen am Kopfe als Beginn des feuchten Brandes aufzufassen sind. Hierhergehörige Beobachtungen liegen von Raynaud und Weiß vor. Als diagnostisch vielleicht nicht ganz bedeutungslos bezeichnet L. den Größenunterschied in der Blasenbildung an den Endphalangen der beiden kleinen Finger: der zuletzt befallene Teil ist der geringer befallene. Endlich ist das wichtigste Kriterium der Krankheit, die Symmetrie der Erscheinungen, in ausgezeichneter Weise vorhanden: an beiden Wangen ein gleicher Bezirk, an beiden Knien eine gangränöse Blasenbildung, an den Endphalangen der gleichnamigen Finger die oberflächliche Gangrän ebenfalls an der Blasenbildung, die Symmetrie in der lividen Verfärbung der Nägel angedeutet.

Eine Betrachtung des aufgeführten Symptomenkomplexes und seine Gegenüberstellung der von Raynaud und nach ihm von vielen anderen gegebenen Beschreibung dürfte wohl ohne Widerspruch zu der Überzeugung führen, daß wir es in der Tat hier mit einem sicheren Fall von Raynaudscher Krankheit zu tun haben, bei dem die Frage nach der speziellen Urache allerdings, wie so häufig bei dieser Krankheit, im Dunkeln bleibt, anders wie in dem von Schiff jüngst publizierten Fall. — Aber als eine schätzenswerte Beigabe der Arbeit darf die kolorierte Tafel gelten, die dem Leser eine anschauliche Vorstellung des interessanten Falles vermittelt. Es ist der tiefschwarze, gangränöse Nasenstumpf, der auf der einen Abbildung besonders markant hervortritt.

H. Netter (Pforzheim).

B) Aus ausländischen Zeitschriften.

Ad. Czerny, Der unerwartete Tod bei Infektionskrankheiten der Kinder. (Die Heilkunde. April 1907.) Bei Kindern, welche unter dem Einflusse einer Infektionskrankheit unerwartet unter Herzstillstand zugrunde gehen, legt C. Anomalien der Innervation der Gefäßnerven und vielleicht auch des Herzens die entscheidende Bedeutung bei. In seinen Fällen handelte es sich stets um Kinder aus Familien, in welchen Anomalien des Nervensystems bekannt waren, also hereditäre Belastung bestand. Es waren Kinder, welche schon vor Ausbruch der letal verlaufenden Krankheit als nervös galten, immer starke, zumeist fette oder sogar pastöse Kinder. In den Familien waren bereits überraschende Todesfälle, nicht nur bei Kindern, sondern auch bei Erwachsenen vorgekommen. Es kommen also zweifellos Anomalien der Herzinnervation in manchen Familien hereditär vor.

Unter den psychopathischen Kindern kann man eine Gruppe herausgreifen, bei denen Anomalien der Herz- und Gefäßinnervation prävalieren. Die häufigste Form dieser Störungen ist die des jähen Farbenwechsels. Die Kinder zeigen bei der geringsten Erregung die

lebhaftesten Gesichtsfarben. Der Farbenwechsel kann sich so rasch abspielen, daß man im Verlaufe einer Konsultation denselben mehrmals beobachtet; wird das Kind durch die Untersuchung erregt, erscheint es purpurrot, läßt man es in Ruhe, so blaßt es sofort ab. Wichtiger noch ist das verschiedene Verhalten der Gefäß- und Herzinnervation unter dem Eindrucke einer Überraschung, eines Schreckens. Die Beschaffenheit des Pulses und der Herzaktion kurz nach Ablauf der Reaktion weist deutliche Kontraste auf. In der Mehrzahl der Fälle Pulsbeschleunigung und nach anfänglicher Blässe rasch starkes Erröten. Bei der Minderzahl Bradykardie, manchmal sogar mit Irregularität des Pulses, und andauernde Blässe der Hautdecken. Diese letztere Gruppe ist die besonders gefährdete, denn zwischen einer schweren Bradykardie und einem Herzstillstand ist nur ein gradueller Unterschied. Tritt schon unter normalen Verhältnissen auf ein psychisches Trauma eine derartige Reaktion auf, so ist verständlich, daß, wenn durch eine Infektionskrankheit pathologische Zustände hinzutreten, ernste Störungen der Zirkulation zu erwarten sind. Zweifellos sind auch plötzliche Todesfälle anscheinend gesunder Kinder nur so zu erklären, daß unter dem Einflusse einer unangenehmen Überraschung Herzstillstand eintritt.

Abgesehen von den Fällen, in welchen Nervenchok die Ätiologie der Innervationsstörung bildet, gibt es zahlreiche Beobachtungen über das Auftreten von Pulsirregularität und Tachykardie bei Kindern, bei welchen weder vor, noch nach Ablauf dieser Erscheinungen irgend ein pathologischer Befund am Herzen oder den Gefäßen erhoben und die auslösende Ursache erkannt werden kann. Daß es sich auch dabei um Innervationsanomalien handelt, läßt sich schon daraus schließen, daß man sie bei Kindern aus nervösen Familien beobachtet und daß die Zirkulationsstörungen keine nennenswerte Rückwirkung auf den übrigen Organismus ausüben. Recht häufig wird Tachykardie und Pulsirregularität bei Kindern nach Ablauf von Infektionen festgestellt, was die Erfahrung bestätigt, daß sich diese Innervationsanomalien, ebenso wie die auf anderen Organgebieten, dann einstellen, wenn eine Infektion das physiologische Gleichgewicht des Organismus gestört hat.

Bei Kindern, bei welchen nach dem Einsetzen der Infektion sehr bald ein Versagen der Herzkraft eintritt, ist vielfach zu dieser Zeit an ihrem Nervensystem nichts nachweisbar, was die Gefahr eines bevorstehenden Herztodes erkennen lassen könnte. Manchmal handelt es sich allerdings um aufgeregte, schlaflose, recht unruhige, weinerliche Kinder; aber auch anscheinend ruhige erreicht manchmal das gleiche Schicksal. C. hatte wiederholt den Eindruck, daß die Vornahme einer neuen, das Kind überraschenden Prozedur, eine Rumpfstreckung, Seruminjektion, den Herzstillstand provozierte. Jeder therapeutische Eingriff ist eben ein Eingriff in das Seelenleben des Kindes, und man muß namentlich bei sensiblen Kindern damit recht auf der Hut sein.

Bei fetten, pastösen Kindern wird besonders häufig jener Herztod beobachtet, und C. ist der Überzeugung, daß die Überernährung hier die wichtigste Rolle spielt. So sind bei Scharlachepidemien die stärksten Esser und diejenigen Kinder, welche dauernd einer Über-

ernährung ausgesetzt waren, diejenigen, welche am ehesten der Erkrankung erliegen, und zwar oft schon in den Anfangsstadien. Zum Zustandekommen des Herztodes bei Infektionen müssen eben zwei Faktoren vorhanden sein. Anomalien des Nervensystems und Überernährung. Wo die erstere fehlt, bringt die zweite nicht die genannten Gefahren mit sich. Man sollte vom Säuglingsalter ab bis in die späteren Lebensjahre jede Überernährung der Kinder streng vermeiden!

Grätzer.

T. Oshima, Zur Kasuistik der malignen Tumoren der Nierengegend im Kindesalter. (Aus der Kinderspitalabteilung der allgem. Poliklinik in Wien.) (Wiener klin. Wochenschrift. 1907. Nr. 4.) Außer den „embryonalen Mischgeschwülsten“ der Niere finden sich bei Kindern Tumoren der Nierengegend, die klinisch als maligne Nierentumoren imponieren, ihren Ausgangspunkt jedoch vielfach von der Umgebung (Nebenniere, perirenales Gewebe, retroperitoneale Drüsen) nehmen, die Niere in ihren Bereich ziehen, mit ihr verwachsen oder sie vielfach infiltrieren. Diese Tumoren zeigen nicht den charakteristischen Bau der embryonalen Mischgeschwülste, wachsen nicht so exzessiv rasch wie diese, greifen häufig auf die Umgebung über und zeigen eine auffallende Neigung zu Metastasenbildung.

O. beschreibt nun 3 eigene Beobachtungen, Kinder zwischen $1^3/_4$ und $2^1/_2$ Jahren betreffend. Es handelte sich um maligne Nierentumoren der letztgenannten Kategorie in Fall 2 und 3, während Fall 1 eine „embryonale Mischgeschwulst“ war. Im zweiten und dritten Falle lagen Sarkome mit multipler Metastasenbildung vor, die zu hochgradiger Kachexie führten; im zweiten Falle erschienen das linke Zwerchfell, die linke Pleura und das vordere Mediastinum vollständig von Metastasen bedeckt, im dritten Falle fanden sich multiple metastatische Knoten an der rechten Pleura diaphragmatica.

Klinisch gemeinsam war allen 3 Fällen, daß außer dem Nachweis einer retroperitoneal liegenden Geschwulst sonstige Symptome, die für das Bestehen eines Nierentumors Anhaltspunkte geben könnten, fehlten. Die Angabe lokalisierter Schmerzen war bei dem frühen Alter der Patienten nicht zu erwarten. Im Urin waren weder Albumen, noch Geschwulstzellen, noch Blut nachweisbar.

Beim ersten Falle war bemerkenswert, daß zwei andere Mitglieder der Familie (Vater und Bruder der Mutter) ebenfalls an Neubildungen der Niere gelitten hatten, so daß man hier wohl an familiäre Anlage denken kann.

Endlich ist noch der Blutbefund der beiden letzten Fälle hervorzuheben. Es fand sich ausgesprochene Vermehrung der eosinophilen Zellen, im dritten Falle sogar bis zu 18% sämtlicher Leukozyten, im Gegensatz zum ersten Falle, wo die Zahl der Eosinophilen durchaus der Norm entsprach. Vielleicht hätte man also im Blutbilde einen differentialdiagnostischen Anhaltspunkt, um die kongenitalen Mischgeschwülste der Nieren von den echten Sarkomen zu unterscheiden.

Grätzer.

R. Neurath, Über eine pathologische Kopfhaltung bei der infantilen Hemiplegie. (Wiener med. Presse. 1907. Nr. 16.)

Seit langem fielen N. an hemiplegischen Kindern pathologische Einzelheiten am Skelette und an der Haltung des Kopfes auf. An der Nervenabteilung des Kaiser Franz Joseph-Ambulatoriums konnte er an der Hand des großen Materials zunächst der abnormen Kopfhaltung der hemiplegischen Kinder genauer nachgehen. Es handelt sich um eine in der übergroßen Mehrzahl länger bestehender Hemiplegien zu konstatierende Neigung des Kopfes nach der gelähmten Seite bei erhaltener Bewegungsfreiheit des Kopfes. Meist findet sich eine reine Neigung nach der Schulter der gelähmten Seite, manchmal ist auch eine leichte Drehung des Kopfes nach der gesunden Seite angedeutet.

Die zerebrale Kinderlähmung führt sehr oft zu einer Wachstumsstörung der betroffenen Seite. Eine solche Entwicklungsstörung wird, wenn sie auch die Gesichtshälfte, den Schultergürtel und die Halsmuskulatur betrifft, den Abstand des Kopfes von der hemiplegischen Schulter kleiner gestalten, als den auf der gesunden Seite. Dadurch wird eine vermehrte Neigung nach der kranken Seite zustande kommen. Gerade ein solcher ursächlicher Faktor könnte es erklären, daß die abnorme Kopfhaltung bei den Hemiplegien des Kindesalters, die ein wachsendes, daher in seiner Entwicklung nach zu hemmendes Skelett betreffen, so häufig sich findet, jedoch bei der Halbseitenlähmung der Erwachsenen — wie es scheint — nicht vorkommt. Da sich jedoch das geschilderte Symptom der pathologischen Kopfhaltung auch bei relativ frischen Hemiplegien findet, bei denen von einer Wachstumsstörung noch nicht die Rede sein kann, so können wir nicht in der Entwicklungshemmung die primäre Ursache des Symptoms sehen. Diese scheint vielmehr in einer dem erhöhten Tonus der halbseitig betroffenen Extremitätenmuskulatur adäquaten Kontrakturstellung der tiefen Hals- und Nackenmuskeln zu liegen. Dafür spräche das frühe Erscheinen der pathologischen Kopfneigung in Fällen, in denen es frühzeitig zu Spasmen der hemiplegischen Seite kommt. Nach und nach dürfte eine Wachstumsstörung der regionären Partien die abnorme Kopfhaltung noch deutlicher gestalten. Grätzer.

G. Reimann (Smichow), Meningitis cerebrospinalis-Heilung. (Prager med. Wochenschrift. 1907. Nr. 5.) Es handelt sich um einen schweren Fall von Meningitis unbekannter Ätiologie. Die Therapie bestand einfach aus Eisumschlägen auf Kopf und Nacken, Einreibungen von Ung. cinereum am Nacken, internen Herzmitteln (Digitalis und Koffein abwechselnd), nach Fieberabfall Jodnatrium. Der schwere Fall heilte ohne jegliche Folgeerscheinungen. Wäre die Lumbalpunktion gemacht worden, so hätte man sie als lebensrettend gepriesen! Grätzer.

Gy. Grósz, Über die Sachssche Idiotia amaurotica familiaris. (Orvosi hetilap. 1906. Nr. 1.) Degenerativer Prozeß der Zellen des Zentralnervensystems, der im extrauterinen Leben sich entwickelt, ist wahrscheinlich die Ursache der Erkrankung. G. beobachtete 7 typische Fälle, bei denen die charakteristische Veränderung in der Gegend der Macula lutea vorhanden war.

Ernö Deutsch (Budapest).

Rachmaninov, Maligne Neubildungen der Niere bei Kindern. (Medicinskoje Obozrenije. 1906. Nr. 4.) Verf. berichtet über 6 eigene Fälle im Kinderspital in Moskau. Bei 3 Fällen konnte man, weil die Nebennieren gleichzeitig ergriffen waren, den Ursprung der Neubildung nicht genau bestimmen; in einem Fall war jedoch mit Sicherheit, in zweien mit größter Wahrscheinlichkeit die Niere als primärer Sitz des Tumors zu konstatieren.

In erster Reihe wendet sich Verf. gegen die Auffassung, als ob bei den malignen Neubildungen im Kindesalter in der Niere Krebs die vorherrschende Rolle spielen würde, vielmehr haben die letzten Untersuchungen gezeigt, daß Sarkome und Mischgeschwülste bei weitem prävalieren.

Der jüngste Kranke war über 1 Jahr, der älteste 5 Jahre alt. Die Dauer des Leidens variierte zwischen 1 und 6 Monaten.

Bei der Untersuchung fühlte man in der Nierengegend eine harte, glatte Geschwulst, manchmal von höckeriger Oberfläche; die Dämpfung ging in die Leber- bzw. Milzdämpfung über. Aszites war in keinem Fall zu konstatieren, nur entsprechend dem Wachstum des Tumors Vergrößerung des Bauchumfanges. Bloß in einem Fall war Albumen im Harne vorhanden, in einem 2 mal sanguis, sonst war der Harn stets normal befunden. In allen Fällen trat bald ausgesprochene Kachexie zutage.

Histologisch war in 5 Fällen der Charakter der Geschwulst als Mischgeschwulst anzusehen, und zwar als Adenosarkom und Adenomyosarkom, bloß ein Fall war ein Karzinom mit starker Gefäßentwicklung.

Gabel (Lemberg).

J. Le Gras, Troubles psychiques et forme mentale de la méningite tuberculeuse. (Thèse de Paris. 1906.) Der Verf. ist auf Grund eigener Beobachtung und verschiedener Veröffentlichungen in der Literatur zur Überzeugung gelangt, daß es tuberkulöse Meningitiden gibt, welche als Psychosen in Erscheinung treten und bei welchen die somatischen Erscheinungen entweder so unwesentlich sind, daß sie sich der Beobachtung entziehen, oder so spät auftreten, daß der Krankheitsprozeß bereits weit vorgeschritten ist und der tödliche Ausgang unmittelbar bevorsteht.

Es gibt derartige Patienten, bei welchen die psychische Störung sich als auditive und visuelle Halluzinationen kundgibt, bei welchen sich Delirien entwickeln und selbst furibunde Anfälle auftreten können. Bei anderen wieder besteht ein melancholischer Zustand mit hypochondrischen Delirien. Aus allen diesen Beobachtungen ist also das Aufstellen einer mentalen Form der tuberkulösen Meningitis gerechtfertigt.

E. Toff (Braila).

F. Raymond (Paris), L'encéphalite aiguë. (Archives de méd. des enfants. Novembre 1906. S. 641.) Gestützt auf eine Reihe von Krankheitsfällen, die der Verf. selbst beobachtet und untersucht hat, beschreibt derselbe die akute Encephalitis als eine entzündliche Degeneration verschiedener Gehirnzentren, analog den entzündlichen Prozessen, welche im Rückenmarke auftreten und das Bild der akuten Myelitis darstellen.

Die akute Encephalitis kann in jedem Lebensalter auftreten, und es ist nicht unmöglich, daß sie sich auch während des intrauterinen Lebens entwickelt. Die Ursache der Erkrankung scheint in einer Toxiinfektion zu liegen; Kinder sind der Erkrankung mehr ausgesetzt, schon aus dem Grunde, weil ihr Nervensystem auf krankhafte Reize viel lebhafter reagiert, als dies beim Erwachsenen der Fall ist. Verschiedene Infektionskrankheiten spielen eine bedeutende Rolle in der Ätiologie dieser Krankheit, ebenso auch Autointoxikationen. Namentlich beim Kinde beobachtet man oft Fälle, die auf letztere Ätiologie schließen lassen, wie z. B. die akute Encephalitis, welche im Laufe von akuten Magendarmkrankheiten auftritt. Einen spezifischen Mikroorganismus für diese Erkrankung kennt man nicht; bakteriologische Untersuchungen haben mitunter verschiedene Mikroben auffinden lassen, wie Pneumokokken, Influenzabazillen, Streptokokken, Tuberkelbazillen usw., ohne daß eine von denselben als spezifisch angesehen werden könnte. R. nimmt an, daß in den meisten Fällen diese Mikroben in die bereits entzündlich veränderten Herde gelangt sind, und daß letztere eine Folge der von den ersteren abgesonderten Toxine sind. Derartige auf Toxine beruhende Veränderungen des Encephalums sind auf experimentellem Wege von zahlreichen Forschern nachgewiesen worden, die Annahme, daß es sich auch bei den akuten Enzephalitis um ähnliche Einflüsse handelt, ist also vollauf gerechtfertigt.

R. beschreibt des weiteren die pathologische Anatomie und Symptomatologie dieser Krankheit, indem er auch der Arbeiten deutscher Forscher und namentlich Strümpells in ausführlicher Weise gedenkt. Dieses alles sollte im Originale nachgelesen werden, da es sich zu kurzem Referate nicht eignet. E. Toff (Braila).

Fouquet, Sur une forme rectiligne de spirochète pâle. Sa signification. Son rôle probable dans les lésions tertiaires. (Société de biologie. Paris, séance du 9 Janvier 1907.) Der Verf. hat in dem Gewebe und den Blutgefäßen einer Nebenniere große Mengen gradliniger Spirochäten beobachtet und auch in anderen Fällen von tertiärer Lues diese Form gesehen. Er ist daher der Ansicht, daß es sich um eine Spätform der Spirochäte handle, während die spiralige eine Jugendform darstelle. Möglicherweise handelt es sich auch um eine Kadaverform. Zwischen diesen beiden Formen kann man auch verschiedene Zwischenformen beobachten.

Mit Bezug auf die Bildung von Gummen spricht F. die Ansicht aus, daß es sich hierbei möglicherweise um Gefäßverstopfungen durch gradlinige Spirochäten handle. E. Toff (Braila).

Déléarde und **Petit,** Ein Fall von Meningitis gemischtinfektiösen Ursprungs. (L'Écho médical du Nord. Mai 1906.) 11 Monate altes Brustkind mit belangloser Familien- und Personalanamnese. Schläfrigkeit, ungleiche Pupillen, Gesichtszucken vor 8 Tagen. Kein Ohrenleiden. Bei der Aufnahme am 17. März Nackensteifigkeit, Strabismus, benommenes Sensorium, Zähneknirschen. Puls 100 und gleich der Respiration unregelmäßig. Abdomen eingezogen, aber keine allgemeine Gliederstarre. Kein Kernigsches

Zeichen. Fontanelle prominent. Unter hohem Druck entleeren sich leicht 20 ccm Lumbalflüssigkeit, die klar, sehr reich an Lymphozyten, polynukleären Leukozyten und nach Gram sich färbenden Diplokokken ist. Bouillon und Gelatine blieben steril. Am nächsten Tag Opisthotonus, Puls 124. Starker Intentionstremor. Kein Erbrechen, ungestörte Nahrungsaufnahme. Lumbalpunktion am 19., 20. und 21., Aussehen der Spinalflüssigkeit wie vorher, Lymphozyten: Polynukleären 88:12 bzw. 74:26. Exitus am 22. März. Autopsie: käsige Bronchopneumonie, die intra vitam keine Erscheinungen gemacht hatte, Verkäsung der tracheo-bronchialen und mesenterialen Lymphdrüsen. An der Basis cerebri längs der Gehirnnervengefäße grüngelbes Exsudat, besonders an Chiasma, in der Fossa Sylvii Tuberkel, längs der Medulla spinalis purulentes Exsudat. Verff. führen das ausbleibende Wachstum des Diplococcus auf die epiduralen Injektionen von Jodkali zurück, die dessen Kultur vielleicht gehindert haben, sie halten denselben für identisch mit dem Weichselbaumschen Diplococcus und sind der Ansicht, daß das Kind einer doppelten Infektion erlegen ist, für deren Vorkommen einige Belege aus der französischen Literatur vorliegen. H. Netter (Pforzheim).

G. Muls, Die Chlorretention bei der akuten Nephritis der Kinder. (La Clinique. 23. Juni 1906.) 1. 5jähriger Knabe mit akuter pestskarlatinöser Nephritis, tritt in das Hospital mit Albumen, Zylindern und roten Blutkörperchen im Harn ein. Salzretention mit Oligurie. Nach Einleitung eines salzfreien Regimes Polyurie und Polychlorurie, Verringerung des Albumen, Gewichtsabnahme.

2. 3jähr. Knabe mit Anasarka infolge akuter Erkältungsnephritis, Salzretention; dann Polyurie mit Polychlorurie. Abnahme des Eiweißes und des Gewichts.

3. 14jähriger Knabe mit Oedema faciei bei akuter Nephritis a frigore. Keine Zylinder, keine Salzretention. Auf Milchregime Polyurie und Polychlorurie. Verringerung des Eiweißgehaltes mit dem Gewichtsverlust.

4. 10jähr. Knabe mit subakuter Nephritis, Anasarka, hyalinen Zylindern usw.

Bei den Kindern mit akuter Nephritis gibt es eine initiale Phase der Chlorretention mit korrelativem Ödem. Unter dem Einfluß eines salzfreien Regimes stellt sich die Durchgängigkeit der Nieren wieder her und es kommt zur Polyurie und Polychlorurie. Da das Salz bei der Entstehung der nephritischen Ödeme eine evidente Rolle spielt, muß dessen Resorption durch ein Milchregime, ein dechloriertes Re-Regime beschränkt werden. Das befolgte Regime war bald das erstere (1,50 g Salz pro Liter), bald ein salzfreies Regime, bestehend aus 1200 g Milch, 200 g salzfreies Brot, 100 g salzfreies gebratenes Fleisch, 100 g gesottener Kartoffeln ohne Salz, ein weichgesottenes Ei. Das salzhaltige Regime kann erst wieder ertragen werden, wenn die Durchgängigkeit der Nieren für die Chloride wiederhergestellt ist. H. Netter (Pforzheim).

Pierre Teissier (Paris), L'urémie chez les tuberculeux. (La presse médicale. 1906. Nr. 95. S. 769.) Die Tuberkulösen, und

namentlich jene mit chronischer Lungentuberkulose, haben oft Nierenaffektionen verschiedenen Grades, welche, im weiteren Verlaufe, zu urämischen Erscheinungen Veranlassung geben können. Dieselben können gastro-intestinaler, respiratorischer oder zerebraler Natur sein, wie dies auch bei gewöhnlicher Urämie beobachtet werden kann.

Die Ursache dieser Erscheinungen liegt darin, daß durch die tuberkulöse Läsion einerseits und durch die Nierenerkrankung andererseits eine langsame, progressive und komplexe Vergiftung des Gesamtorganismus zustande kommt, welche sich durch urämische, eine eigene Symptomatologie und einen eigenen Verlauf zeigende Erscheinungen kundgibt. Diese Urämie hat einen chronischen Verlauf, und der einmal angenommene Charakter bleibt von Anfang bis zu Ende unverändert, gleichviel um welche Form der Krankheit es sich handelt. Eklamptische oder epileptische Formen kommen aber nicht zur Beobachtung, ob es sich nun um Erwachsene oder üm Kinder handelt.

Die Diagnose der Urämie bei Tuberkulösen ist meist eine schwierige; es ist wichtig, die Untersuchung des Kranken in genauer Weise vorzunehmen, um nicht der Lungentuberkulose die dyspnoischen Erscheinungen, einer Darmtuberkulose die gastro-intestinale Urämie zuzuschieben, oder eine Meningitis anzunehmen, wenn es sich um Delirium oder Koma infolge von Niereninsuffizienz handelt.

E. Toff (Braila).

Guyot, Infektiöse Mundbodenphlegmone, Angina Ludowici. (Journ. de méd. de Bordeaux. 7. Okt. 1906.) 10jähr. Knabe, seit mehreren Tagen fiebernd, adynamisch, steifer Hals, halbgeöffneter Mund, Salivation. Die Zunge erscheint vom Boden gehoben, die untere Fläche berührt den freien Rand der Zähne; Regia subhyoidea im ganzen verdickt, hart, schmerzhaft, ohne Fluktuation. Die bakteriologische Untersuchung des durch Inzision entleerten, spärlichen fötiden Eiters durch Sabrazès ergibt Streptokokken in langen Ketten und Fadenbakterien. Eintrittspforte der Infektionsträger nicht eruierbar.

H. Netter (Pforzheim).

J. G. Corkhill, Ein Fall von Meningitis basilaris posterior mit geringen zerebralen Symptomen. (Brit. med. Journ. 1906. Bd. I. 31. März.) 27 Monate altes gesundes Kind, erkrankt am 20. Januar unter plötzlichem Erbrechen, Fieber, 60 Resp., 160 Pulsen. Verstopfung, trockener belegter Zunge. Am 23. und 24. sehr hohes Fieber. Am 1. Febr. 41, Strabismus. Konsilium mit Astby, keine sichere Diagnose. Nur am 8. Febr. geringe Retraktion des Kopfes. Am 10. Koma, ausgesprochene Nackensteifigkeit. Lumbalflüssigkeit trüb, auch an Polynukleären und Diplokokken. Am 11. Steifigkeit des rechten Armes und Beines, dann des Kiefers, am 12. Kontraktur links. Am 13. Erbrechen und Exitus in Konvulsionen.

H. Netter (Pforzheim).

R. Knox, Ein Fall von Aktinomykose der Wange mit Jodkali behandelt. (Lancet 1906. Bd. II. S. 1213.) Eröffnung des Abszesses bei dem $7^1/_2$ jähr. Mädchen von außen, worauf Jodkali innerlich in steigenden Dosen gegeben wurde. Darauf führt Verf. die definitive Heilung zurück.

H. Netter (Pforzheim.)

J. Morrell und **H. E. Wolf,** Meningitis mit Diphtheriebazillen in der Cerebrospinalflüssigkeit. (Journ. of the american med. Assoc. 29. Dezember 1906.) Wegen der großen Seltenheit des Befundes von Löfflerbazillen in den nervösen Zentren sei der Fall kurz skizziert. Der $4^1/_2$ Monate alte Knabe war im Cook County Hospital in Chicago wegen meningitischer Erscheinungen aufgenommen worden. Die einige Stunden nach der Aufnahme vorgenommene Lumbalpunktion förderte 45 ccm einer trüben Flüssigkeit zutage, in der durch Kulturverfahren ein in seinen morphologischen, biologischen und kulturellen Verhalten dem Diphtheriebazillus sehr nahestehender Mikroorganismus nachgewiesen werden konnte. Eine 48 Stunden später ausgeführte Lumbalpunktion hatte das gleiche Ergebnis. Im Nasen- und Rachenschleim des Kindes, der daraufhin ebenfalls untersucht wurde, fand man neben Staphylokokken, Streptokokken und Pneumokokken einen den aus der Spinalflüssigkeit isolierten ganz ähnlichen Bazillus. 4 Tage nach der Aufnahme erhielt das Kind eine Seruminjektion. Gleichwohl starb das Kind. Die Autopsie ergab eine Miliartuberkulose mit Bronchopneumonie und eine tuberkulöse und exsudative Meningitis. Herz- und Milzblut, Peritoneal- und Perikardialflüssigkeit blieben steril, während die Kulturen aus der Meningealflüssigkeit und dem Exsudat an der Basis der rechten Hemisphäre den gleichen Mikroorganismus wie den intra vitam zweimal aus der Lumbalflüssigkeit gewonnenen ergaben. H. Netter (Pforzheim).

R. Gillmore, Schleichende Nierenaffektionen bei kleinen Kindern. (Surgery, Gynecology and Obstetrics. November 1906.) Während die Tatsache von der Durchlässigkeit der Plazenta für die Toxine gewisser Infektionskrankheiten mütterlicher Provenienz keinem Zweifel unterliegt, sind unsere Kenntnisse über Nierenerkrankungen des Fötus im Gefolge ähnlicher Zustände bei der Mutter weniger bestimmt. In dieser Hinsicht von G. angestellte Untersuchungen verdienen daher Beachtung. Eine Gravida mit renalem Anasarka gebar vorzeitig ein wenig mehr als 1,500 kg wiegendes Kind. Die Nieren des während der Geburt verstorbenen Kindes zeigten folgende Veränderungen: Die Zellen der Tubuli contorti unregelmäßig nach Form und Lage, die Mehrzahl ohne Kerne, da und dort Infiltrationen von embryonalen Zellen. Es handelte sich bei diesem Fötus um eine beginnende Nekrose des Drüsenepithels. In einem zweiten Fall von Nephritis der Mutter bot der nach dem 7. Monat tot zur Welt gekommene Fötus das Bild einer Nierenkongestion; das Epithel der Tubuli contorti war geschwellt und granuliert, die Kerne stellenweise verschwunden und die Bowmanschen Kapseln erweitert, kurz das Bild akuter Nephritis. In Lungen, Leber und Herz die Zeichen der Hyperämie. In einem dritten Falle handelt es sich um eine Frau mit nephritischen Ödemen, die etwa im 8. Monat mit zwei lebenden Kindern niederkam. Das erste mit einem Gewicht von 1,250 kg starb bald nach der Geburt an Konvulsionen. Das zweite mit einem Gewicht von 1,400 kg zeigte bald nach der Geburt Ödem der Hände und Füße. Am 2. Tag Tod an Konvulsionen. In beiden Fällen fand sich eine Nekrose des Nierenepithels, in der Leber fettige Degeneration, die übrigen Organe waren hyperämisch. Verf. hält es für ziemlich

sicher, daß die hier geschilderten Nierenläsionen der Neugeborenen aus der Schwangerschaft oder jedenfalls aus den letzten Tagen vor der Geburt herdatierten. Aus anderen Beobachtungen glaubt Verf. zeigen zu können, daß diese angeborenen Nierenläsionen Anlaß zu zeitlich mit entfernten Zufällen geben können. Der erste Fall bezieht sich auf eine bei hochgradiger Albuminurie im 8. Monat mit einem 2,200 kg schweren Kind niedergekommene Frau. Die Mutter wurde wieder gesund und das Kind blieb am Leben. Verf. hatte Gelegenheit den Urin dieses Kind im 4. Jahr zu untersuchen: derselbe enthielt Eiweiß, hyaline und granulierte Zylinder. Ein Zwillingspaar einer anderen, ebenfalls stark nierenleidenden, aber ziemlich zum normalen Termine entbundenen Frau zeigte wenige Stunden nach der Geburt Eiweiß, hyaline und granulierte Zylinder in großer Zahl im Urin. In einem letzten Fall war die Mutter einem eklamptischen Anfall post partum erlegen. Verf. hatte das Kind im 2. Lebensjahr zu untersuchen, das eine gewisse Anämie darbot. Im Urin jedoch fanden sich Eiweiß und Zylinder. Die 4 älteren Kinder der Familie hatten dann und wann nur Eiweiß und Zylinder im Urin. Verf. gelangt nach diesen Beobachtungen zu dem Schluß, daß der ungünstige Einfluß einer mütterlichen Nephritis auf die Niere des Kindes unbestreitbar ist in Gegenwart und in Zukunft. Daher ist auch aus diesem Grund eine Gravida, wenn sie an Albuminurie leidet, besonders sorgfältig zu überwachen und der Urin der Kinder wiederholt zu untersuchen.

H. Netter (Pforzheim).

Moncorvo, Beitrag zum Studium der Schaudinnschen Organismen bei hereditärer Syphilis. (La Pediatria. 1906. Bd III.) In 2 Fällen von zweifelloser hereditärer Syphilis ergab die mikroskopische Untersuchung des Sekrets perianaler Geschwüre das Vorhandensein von Spirochäten, die mit den von Schaudinn beschriebenen durchaus identisch waren; niemals fanden sie sich bei anderen Hautaffektionen und in normalen Sekreten.

F.

Oluf Thomsen (Däne), Die Bedeutung der Röntgenuntersuchung für die Diagnose latenter angeborener Syphilis bei dem Neugeborenen. (Bibliothek for Läger. 1907. Heft 1 u. 2.) Der Verf. hat früher nachgewiesen, daß die für Syphilis charakteristische Nabelschnurentzündung viel häufiger als gewöhnlich angenommen vorhanden ist, nämlich in $^3/_4$ aller Fälle (s. dieses Blatt 1905 S. 479 und 1906 S. 290 u. 292). Als Supplement zur Nabelschnuruntersuchung hat der Verf. Röntgenphotographie der Epiphysengrenzen des neugeborenen Kindes vorgenommen; diese Untersuchung gibt Aufklärung über alles, was man mit bloßen Augen an den auspräparierten Knochen sehen kann. Im ganzen wurden 55 Kinder untersucht, 15 von diesen zeigten später Zeichen von Syphilis, obgleich sie bei der Geburt sich als nicht syphilitisch zeigten; bei 7 von diesen 15 wurde durch Röntgenuntersuchung Osteochondritis nachgewiesen. Die Nabelschnurentzündung war in 11 von den 15 Fällen vorhanden, nämlich in 6 von den 7 Fällen, in welchem das Röntgenbild Osteochondritis zeigte, und außerdem in 5 Fällen, in welchen die Knochen normal waren. Nur einmal wurde Osteochondritis trotz normaler Nabelschnur gefunden. Die Untersuchung der Nabelschnur ist also

das wichtigste, die Röntgenuntersuchung des Kindes ein Supplement, welches speziell von Bedeutung wird, wenn es sich um ein 2—3 Tage altes Kind handelt, wo die Nachgeburt nicht herbeigeschafft werden kann.

Adolph H. Meyer (Kopenhagen).

J. Domínguez Venegas, Behandlung der Noma mit Jodinjektionen. (El Liglo Médico. 14. Juli 1906.) In einem schweren Nomafalle machte Verf. Injektionen von täglich $^1/_2$ Spritze ($^1/_2$ ccm) einer Lösung von Jodtinktur 4,0 auf 30 g Wasser und Jodkali q. s. Er erzielte einen prompten Heilerfolg, hatte aber inzwischen keine Gelegenheit, die Methode an einem zweiten Falle zu untersuchen.

M. Kaufmann.

III. Aus Vereinen und Versammlungen.

Gesellschaft für innere Medizin und Kinderheilkunde in Wien.

Pädiatrische Sektion.

Sitzung vom 14. März 1907.

Dozent Hochsinger demonstriert ein 13 Monate altes Kind gesunder Eltern mit **Tuberkulose des rechten Hodens.** Patient zeigte die ersten Zeichen der Erkrankung im 4. Lebensmonate. Die Schwellung des rechten Hodens wuchs durch etwa 4 Wochen, blieb dann bis zum Ende des 1. Lebensjahres stationär, um dann neuerlich an Größe zuzunehmen.

In Differentialdiagnose kommen bei diesem pflaumengroßen Tumor Sarkom, Syphilis und Tuberkulose. Der langsame, schmerzlose Verlauf, die Einseitigkeit der Erkrankung sprechen für Tuberkulose. Selten ist der frühzeitige Beginn der Erkrankung.

Therapeutisch tritt H. für Kastration ein. Swoboda erwähnt in der Diskussion, daß Spontanheilungen vorkommen.

(H. demonstrierte in der nächstfolgenden Sitzung der Sektion den exstirpierten Hoden, der kavernös zerfallen erschien.)

Dozent Moser demonstriert die anatomischen Präparate zweier Fälle von **diffuser Hirnsklerose** (9 und 12jähr. Kind). Die Gesamtdauer der Erkrankung betrug in dem einen Fall 1, im anderen 2 Jahre.

Als erstes Anzeichen der Erkrankung traten Intelligenzstörungen auf. Erst später kamen motorische Störungen in Form von allgemeiner Steifheit, ataktische Störungen hinzu. Die Sprache wurde immer unverständlicher, der Gesamteindruck der Erkrankten war zum Schluß der einer vollkommenen Verblödung bei allgemein spastischem Zustand der Muskulatur. Der Tod erfolgte an Pneumonie.

In beiden Fällen bestanden diffuse sklerotische Veränderungen der hinteren Hälfte beider Großhirnhemisphären und Sklerose der Seitenstränge des Rückenmarkes.

Zuppinger demonstriert einen 12jähr., Neurath einen $4^1/_2$ Jahre alten Knaben mit **chronischem Gelenksrheumatismus.**

Der Fall Z. ist dadurch interessant, daß an den Veränderungen auch die Kiefergelenke beteiligt waren. Die Erkrankung begann unter Erscheinungen eines akuten Gelenkrheumatismus im Jahre 1899. Der fast 4jährige Knabe wurde nach 10tägiger Spitalbehandlung entlassen. Zu Hause verschlechterte sich der Zustand allmählich im Laufe von 3 Jahren soweit, daß durch entzündliche Veränderungen der Hand, Knie, Sprung- und Wirbelgelenke Patient fast vollkommen unbeweglich wurde. Die Nahrungsaufnahme war durch die Kiefersperre sehr erschwert.

Ohne besondere Therapie besserte sich der Zustand wieder soweit, daß Patient wieder gehen konnte, nur die Kiefersperre besserte sich nicht. Patient wurde zur Beseitigung dieses Leidens aufgenommen.

Therapeutisch wurden von Z. **Fibrolysininjektionen** verbunden mit passiven Gelenksübungen angewendet. Die Kiefersperre hat sich wesentlich gebessert.

Friedjung demonstriert ein 3 monatliches Brustkind mit **kongenitalem Myxödem** mit nur sehr gering entwickelter myxödematöser Beschaffenheit der Haut. Das Kind sieht schwer atrophisch aus, wiegt 2570 g, es besteht Obstipation. Die Körpertemperatur ist subnormal. Die Stimme ist gröhlend, das Gesicht ist typisch myxödematös, die Zunge ist groß.

Das Ausbleiben der Hautveränderungen dürfte auf die Brusternährung zurückzuführen sein, welche die Zufuhr mütterlichen Schilddrüsensekrets ermöglicht.

Swoboda zeigt einen Fall von **Urticaria pigmentosa** bei einem 5 jähr. Mädchen. Die Erkrankung begann im Alter von 6 Monaten mit Urtikariaeruption: die Quaddeln schwanden unter Zurücklassung von kaffeebraunen Pigmentflecken.

Spontan oder durch mechanische Reizung wiederholen sich solche Urtikariaeruptionen fortwährend.

Friedjung hält den angekündigten Vortrag **„Über den Einfluß der Säuglingsernährung auf die körperliche Rüstigkeit des Erwachsenen“**. Vortr. regt eine diesbezügliche Untersuchung an großem Materiale an und bringt einen kleinen Beitrag zu dieser Frage. Vortr. hielt bei 155 Turnern eines Vereins Umfrage über die Art ihrer Ernährung im Säuglingsalter. Es ergab sich, daß unter den guten Turnern bedeutend mehr Brustkinder mit langer Stilldauer zu finden waren als unter den schlechten.

F. betont selbst alle Schwächen und Mängel des Untersuchungsmateriales und dessen Verwendung. Dem Vortr. war es darum zu tun, die Aufmerksamkeit weiterer Kreise auf diese wichtige Frage zu lenken. Er gibt der Überzeugung Ausdruck, daß die natürliche Ernährung sicherlich auch für das spätere Alter eine große Bedeutung habe. B. Schick (Wien).

Naturhistorisch-Medizinischer Verein Heidelberg.

(Medizinische Sektion.)

(Nach Münch. med. Wochenschr.)

Sitzung vom 22. Januar 1907.

L. Tobler: **Spasmus nutans** (Krankenvorstellung). M. H.! Der Knabe, den ich Ihnen hier vorstelle, ist 5 Jahre alt, Kind eines Tagelöhners aus Heidelberg. Er wurde vor einigen Tagen in die Klinik gebracht wegen einer recht seltenen Affektion, die bis in die erste Lebenszeit zurückgehen soll und in eigentümlichen, zwangsweisen Dreh- und Schüttelbewegungen des Kopfes besteht. Ein jüngerer Bruder des Patienten zeigt dieselben Erscheinungen in etwas anderer Abstufung. Interessant ist die Angabe der Mutter, daß sie selbst sowie 3 ihrer Geschwister als Kinder mit dem Kopfe schüttelten; das Symptom ging langsam „nach kräftigem Essen“ zurück. Aus der Vorgeschichte des Patientchens erfahren wir, daß er mit 1 Jahr an Rachitis litt, letztes Jahr Diphtherie durchmachte; ferner leidet er an Bettnässen. Er soll sonst niemals schwer krank gewesen sein, sich gut entwickelt haben.

Hieran zu zweifeln haben wir Veranlassung, wenn wir den Jungen betrachten, der schlecht genährt, schwächlich und anämisch aussieht, und dessen körperliche und geistige Entwicklung auch bescheidenen Anforderungen nicht entspricht. An den Knochen Spuren leicht verlaufener Rachitis, die inneren Organe ohne pathologischen Befund. Die tiefen Reflexe sind etwas gesteigert.

Der Kopf steht in natürlicher Haltung, ist allseitig frei beweglich. Während das Kind sich die neue Umgebung ansieht, treten zeitweise stärkere oder schwächere Schüttelbewegungen des Kopfes auf; sie werden in mäßig raschem Tempo, 2 bis 3 pro Sekunde, und in geringer Amplitude ausgeführt, und sind vom Willen nicht beherrscht. Genaueres Zusehen ergibt, daß die Bewegungen weitaus am stärksten bei der Blickrichtung nach links und links unten auftreten und in dieser Haltung ununterbrochen andauern. Daß sie mit dem Blickrichten in engstem Zusammenhange stehen, geht aus ihrem vollständigen Verschwinden bei Kopfdrehungen auf akustischen Reiz bei verbundenen Augen hervor. Das Zubinden nur eines Auges hebt sie nicht auf, doch begleiten sie den Blick des rechten Auges stärker als den des linken.

Die Bulbi sind allseitig ausgiebig beweglich, doch besteht ein geringerer

Grad von konkomitierendem Strabismus convergens sinister. Beim Fixieren nach allen Richtungen zeigt sich ein starker, unausgesetzter Nystagmus beider Augen, der bei fixiertem Kopf an Intensität zunimmt. Die brechenden Medien, der Augenhintergrund verhalten sich normal, die Sehschärfe scheint, soweit sie prüfbar ist, normal. Das Gehör ist gut, der Ohrenspiegelbefund normal; es besteht kein Schwindel beim Stehen und Gehen. Die Intelligenz ist in mäßigem Grade rückständig.

Für die Diagnose sind die engen Beziehungen zwischen den Zwangsbewegungen des Kopfes und dem Sehorgan maßgebend. Sie veranlassen uns, den Fall in das Krankheitsbild des Spasmus nutans (rotatorius) (head-shaking) einzureihen.

Der schon älteren Autoren altbekannte Symptomenkomplex hat durch die ausgezeichneten Untersuchungen von Raudnitz schärfere Umgrenzung und vielfache Klärung erhalten. Raudnitz hat auf die Abhängigkeit der Kopf- und Augenbewegungen vom Blickrichten aufmerksam gemacht und hat die Erscheinung als Reflexkrampf, hervorgerufen durch den Versuch der Fixation gedeutet. Die Kopfbewegungen kämen nach Raudnitzs Ansicht zustande durch eine Ausbreitung der Erregung von übermüdeten Ganglien einzelner Augenmuskeln auf funktionell benachbarte Gebiete. Die funktionellen Beziehungen zwischen Blick und Kopfbewegungen liegen auf der Hand, diejenigen zwischen ermüdender Fixation und Nystagmus sind durch zahlreiche Analogien verständlich. (Nystagmus der Bergleute!) Die Voraussetzung der Ermüdung der Augenmuskeln ist einesteils durch innere Verhältnisse (Schwäche, dynamische Verhältnisse der Augenmuskeln, Neigung zu Heterophorie) gegeben, teils durch äußere, ätiologische Momente veranlaßt, deren Kenntnis wir ebenfalls den sorgfältigen Nachforschungen Raudnitz, verdanken. Raudnitz hat auf die Entstehung des Leidens bei Kindern hingewiesen, die, in dunkeln Zimmern aufwachsend, durch den Platz ihres Bettchens gezwungen sind, um etwas zu sehen, in ermüdender Weise nach der dürftigen Lichtquelle zu blicken und ihre Spielsachen in dieser Richtung zu fixieren.

Über diesen ätiologischen Faktor bleiben wir im vorliegenden Fall im Unklaren. Die Familie hat mehrfach Wohnung gewechselt, die gegenwärtige ist sehr düster, die früheren sollten es zum Teil gewesen sein. Über die Lichtverhältnisse in der entscheidenden Zeit der Krankheitsentstehung wissen wir nichts gewisses.

Für differentialdiagnostische Erwägungen bleibt wenig Spielraum. Den Zwangsbewegungen fehlt der konvulsivische Charakter des Tic. Stereotypie und Automatie meist schwerer imbeziller Kinder zeigen die charakteristischen Beziehungen zum Sehorgan nicht. Eine Veranlassung zu kongenitalem Nystagmus ergibt die Untersuchung des Auges nicht.

Sitzung vom 5. Februar 1907.

L. Tobler: **Über Magenverdauung der Milch.** Die allgemein geltende Auffassung verlegt auch für die Milch das Schwergewicht des Verdauungsvorganges in den Darm und betrachtet den Magen vorwiegend als Behälter, der die nur wenig vorbereitete Nahrung angemessen dosiert an den Darm weiterzugeben hätte. Untersuchungen des Mageninhaltes während der Verdauung getöteter Tiere, sowie des nach einer besonderen Methodik aus einer hoch sitzenden Duodenalfistel gewonnenen Verdauungsproduktes ergaben vollständig andere Resultate. Danach verläuft die Magenverdauung der Milch folgendermaßen: Nachdem innerhalb weniger Minuten die Labgerinnung eingetreten ist, wird in einer kürzeren ersten Verdauungsphase die Molke ausgetrieben, während der aus Kasein und Fett bestehende Rest ein ziemlich kompaktes oder breiig-gallertiges Gerinnsel bildet, an dem sich der Verdauungsakt sukzessive vollzieht. Eine Durchmischung dieses Rückstandes mit dem Magensaft findet nicht statt. Vielmehr sieht man nach Verfütterung von mit Lackmus blau gefärbter Milch an Gefrierschnitten durch den abgebundenen Magen, daß der Ballen von der Schleimhautoberfläche her allseitig angedaut wird. Die verflüssigten Massen werden durch die Magenperistaltik rasch schubweise entfernt. Gerinnsel passieren in der Regel den Pylorus überhaupt nicht. In diesem Verhalten liegt die Erklärung der uns bisher unverständlichen physiologischen Bedeutung des Labprozesses. Er ermöglicht dem Magensaft, dessen Absonderungskurve entgegen dem Verhalten bei Fleisch- und Brotnahrung erst in die 2. und 3. Stunde fällt, konzentriert auf sein Objekt einzuwirken.

Die widersprechenden Resultate, die Ausheberungen des Mageninhaltes liefern, erklären sich daraus, daß die Voraussetzung derselben, die gleichmäßige Durchmischung des Mageninhaltes, nicht besteht und daß es außerdem — wie sich an Röntgenbildern kontrollieren läßt — fast nie gelingt, den Magen quantitativ auszuhebern oder sogar auszuspülen.

Verfüttert man zunächst ein größeres Quantum gefärbter Milch und hernach in kurzen Pausen während einer Reihe von Stunden kleine, ungefärbte Portionen, so findet man die erstgereichte Portion von der Magenwand abgedrängt und von den späteren Portionen schichtweise umgeben; so gelangt die letztverabfolgte Menge zuerst zur Verarbeitung, während sich in der älteren Nahrung Zersetzungsvorgänge abspielen können.

Diskussion: Cohnheim, Magnus, Tobler.

Bogen: **Experimentelle Untersuchungen über psychische und assoziative Magensaftsekretion beim Menschen.** Die Versuche wurden an einem $3^1/_2$ Jahre alten Kinde gemacht, das an einer Ösophagusstenose infolge Laugenverätzung leidet, durch eine Magenfistel ernährt wird. Bei den Experimenten über psychische Magensaftsekretion wurde von Scheinfütterungsversuchen ausgegangen, dann zu solchen fortgeschritten, bei denen das Kind durch Vorhalten des Fleisches (oder Milch) gereizt wurde. Jedesmal erfolgte die Sekretion von Magensaft. Es gelang dann auch, eine noch reinere psychische Absonderung hervorzurufen, eine Magensekretion auf bloße Vorstellung des Fleisches hin, die in dem Kranken nur durch die entsprechende Unterhaltung erweckt wurde.

Die Experimente über assoziative Magensaftabscheidung wurden veranlaßt durch Versuche in Pawlows Laboratorium über assoziative Speichelsekretion an Hunden mit chronischen Speichelfisteln. Sie beruhen auf dem Grundgedanken, daß es nach einer Reihe kombinierter Reizungen gelingen müsse, durch einen inadäquaten Reiz allein, — also auf assoziativem Wege — Magensaftabsonderung hervorzurufen. Die Versuche begannen damit, daß zuerst lange Zeit ein natürlicher Erreger der Magensaftsekretion mit einem künstlichen kombiniert wurde: das Kind wurde scheingefüttert, während gleichzeitig stets ein bestimmter Ton auf einer kleinen Trompete geblasen wurde. Weitere Kombinationen waren dann das Vorhalten des Fleisches bei gleichzeitigem Blasen, ferner das Anreizen mit Worten und mit dem akustischen Reiz des Blasens. Fast alle Versuche fielen positiv aus und schließlich waren unter 9 Versuchen, in denen nur die Trompete angewandt wurde, 6 von einem positiven, 3 von einem negativen Resultat begleitet.

Die Latenzzeit wurde für Fleisch im Gesamtdurchschnitt zu $4^3/_4$ Minute, für Milch von 9 Min. gefunden; der HCl-Gehalt durchschnittlich zu 0,2% (so gering wegen ziemlich viel alkal. Magenschleims), Sekretmenge und Sekretionsdauer waren von der Art des voraufgegangenen Reizes abhängig, die Gesamtazidität betrug durchschnittlich 88,5.

Krayer: **Kurze Mitteilung zur Bakteriologie der epidemischen Zerebrospinalmeningitis.** Untersuchungen an drei an Genickstarre erkrankten Kindern über die Persistenz des Meningococcus intracellularis in der Zerebrospinalflüssigkeit. Der kulturelle Nachweis gelang im Fall I noch am 55., im Fall II noch am 60., im Fall III sogar noch am 163. und 173. Krankheitstage.

Für ein fast sicheres Wachstum auf Glyzerinagar schien es von wesentlicher Bedeutung, daß der Nährboden direkt aus der Punktionsnadel mit der Zerebrospinalflüssigkeit in einer Menge von 6—17 Tropfen bespült wurde. Der Grund wird in der Anwesenheit genuinen menschlichen Eiweißes ähnlich wie beim Aszitesagar vermutet.

Sitzung vom 26. Februar 1907.

L. Tobler: **Demonstration eines Falles von kongenitalen Kontrakturen der oberen Extremitäten.** Patient ist das 5. Kind gesunder Eltern, rechtzeitig ohne besondere Schwierigkeit geboren, 8 Wochen alt. Die Affektion, derentwegen es in die Kinderklinik Heidelberg gebracht wurde, wurde gleich nach der Geburt bemerkt. Den Eltern fiel eine eigentümliche gedrungene Haltung der Arme und eine verminderte Gebrauchsfähigkeit und Bewegungsfähigkeit derselben auf.

Das Kind wiegt 3320 g, ist dürftig entwickelt, leidet an einer subakuten Dyspepsie.

Die oberen Extremitäten befinden sich dauernd in einer für dieses Alter ganz besonders auffallenden Haltung: Die Arme sind adduziert und im Schultergelenk leicht einwärts rotiert, im Ellbogen stark gestreckt. Die Hände sind nahezu rechtwinklig volarwärts flektiert, in Flexion stehen auch die Finger, die Mittelfinger beiderseits etwas mehr als seine Nachbarn. Die Daumen sind stark adduziert und opponiert und im Metakarpophalangealgelenk leicht gebeugt; sie sind von der Dorsalseite her nicht sichtbar, kreuzen schräg die Handteller.

Die ganzen Arme scheinen etwas atrophisch; besonders dürftig entwickelt ist die Muskulatur am Oberarm. Nirgends fühlt sich die Muskulatur kontrahiert spastisch an. Lähmungen sind nicht nachweisbar; vielmehr werden die meisten Bewegungen aktiv spontan oder auf Reiz ausgeführt in den Grenzen, in denen sie nicht durch Widerstände behindert sind. Die elektrische Erregbarkeit ist erhalten. Das Wesen der Störung ergibt sich beim Versuch passiver Bewegungen, die in ausgedehnter Weise behindert sind: die Abduktion der Arme gelingt nur wenig, die Hebung nach vorn kaum bis zur Horizontalen. Noch stärker behindert ist die Beugung im Ellenbogen; hier sind nur geringe Exkursionen möglich, bevor man auf einen starken, nicht überwindbaren Widerstand stößt. Die Klumphandstellung und die Kontraktur der Finger läßt sich mit mäßiger Kraftanwendung überwinden, in besonders starker, federnder Kontraktur ist der Daumen fixiert. Pronation und Supination sind unbehindert.

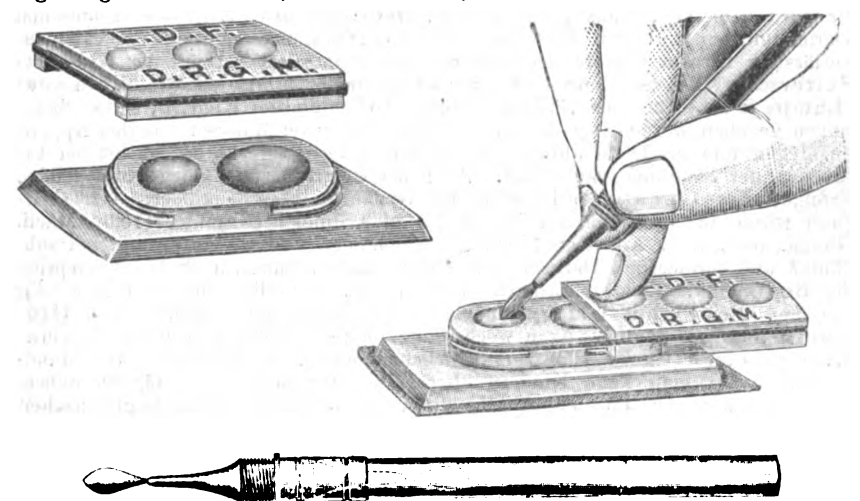
Der übrige Körper ist normal gebildet, insbesondere auch die unteren Extremitäten. Das Skelett scheint überall, auch am Arm ohne Defekt zu sein. Nervöse Störungen sind nicht nachweisbar, die geistige Entwicklung entspricht dem Alter.

Es handelt sich um kongenitale Kontrakturen der oberen Extremitäten in fast allen Gelenken ohne Knochendefekte, wie sie als kongenitale Mißbildung in wenigen, seltenen Fällen beschrieben sind.

Zur Erklärung des Zustandes sind wohl in Fällen wie dem hier mitgeteilten in erster Linie mechanische Momente während der fötalen Entwicklung heranzuziehen. Der Zustand ist einer frühzeitig beginnenden, orthopädischen Behandlung nicht unzugänglich.

IV. Therapeutische Notizen.

Das Original-Impfmesser mit Platin-Iridiumklinge nach Kreisarzt Dr. Lindenborn, angefertigt von L. Dröll, Frankfurt a. M., habe ich schon mehrfach in diesem



Blatte lobend erwähnt. Es hat mir auch in der vorjährigen Impfsaison die besten Dienste geleistet, so daß ich auch für die diesjährige die Herren Kollegen auf

dies billige (Mk. 3,50), äußerst dauerhafte, sehr bequem zu handhabende Messer (in 5 Sek. sterilisiert und erkaltet!) aufmerksam machen möchte. Die Firma fertigt jetzt auch ein ebenso praktisches, recht empfehlenswertes Lymphgefäß mit automatisch schließendem Deckel, ganz aus Glas, an (Mk. 2). In sehr einfacher Weise ist hier ein tadelloses Funktionieren gewährleistet. Der Deckel hat an zwei Seiten einen nach unten umgelegten Rand, um den ein dünner Gummifaden gelegt wird. Die rechte Hand, die die Impfnadel hält, schiebt mit der Ringfingerspitze den Deckel horizontal zurück, taucht ein und läßt den Deckel frei, der sofort durch den Gummifaden in seine, die Schale schließende Lage zurückkehrt. Zur näheren Kenntnis die beifolgenden Abbildungen. Grätzer.

Therapeutisches aus der pädiatrischen Praxis veröffentlicht Dr. R. Wohrizek aus H. Neumanns Kinderpoliklinik (Berlin), indem er über Erfahrungen mit einigen Nähr und Genußmitteln, internen und externen Präparaten berichtet. Sanatogen gab er bei größeren Kindern zur Bekämpfung der bei Skrofulose häufigen Appetitlosigkeit und konnte mit 3—4 Teelöffeln pro die einen gewissen Erfolg erzielen. Recht nützlich erwies sich Sanatogen bei Säuglingen. Sonst gesunde Brustkinder, die ohne organischen Grund im Gewicht stehen blieben, nahmen mehrfach bei Verabreichung von 3 mal ½ Teelöffel im Tage während der nächsten Wochen rapide an Gewicht zu und tranken besser an der Brust. Ferner wurde Sanatogen häufig bei Kindern gegeben, denen wegen der Gefahr tetanoider Krämpfe für einige Zeit die Milch entzogen werden mußte. Der Ersatznahrung, die hauptsächlich aus Kohlehydraten mit etwas Öl oder Butter bestand, wurde gern Sanatogen (3 mal täglich ½—1 Teelöffel) zugefügt. Schließlich wurde Sanatogen Säuglingen mit chronischen Erkrankungen gereicht, was anscheinend auf das Körpergewicht günstig einwirkte. Soxhlets Nährzucker ist ein guter Ersatz für Rohr- oder Milchzucker und kann der verdauenden Schleimsuppe in einer Menge bis zu 10% zugefügt werden. Bei akuten Darmstörungen kann man bald nach ihrem Abklingen Schleim mit 5%, dann mit 10% Nährzucker geben. Bei Kindern, welche die Milch nicht vertragen, kann man oft mit großem Nutzen unter Verminderung der Milch die Nährzuckerschleimsuppe hinzufügen und hierdurch der Nahrung einen genügenden Nährwert geben. In der Milchküche der Säuglingsfürsorgestelle I wird für schwächliche Säuglinge gewöhnlich die Nahrung durch eine Mischung aus Milch, Schleimsuppe und 3% Mehl, 3% Rohrzucker und 30%iger Nährzuckerlösung im geeigneten Mengenverhältnis hergestellt. Den Nährzucker ohne Zusatz von Salzen verwandte W. jenseits des Säuglingsalters statt des Rohrzuckers bei allen Ernährungsstörungen und Darmkrankheiten, in denen reichliche Ernährung angezeigt ist, die eher stopfen soll. Er wird dem Tee, Kakao, den Breien, Obstsäften usw. z. B. bei chronischen Darmkatarrhen zugesetzt. Buttermilchkonserven sind angezeigt, wo es an zuverlässiger frischer Buttermilch fehlt und solche indiziert ist; mit der Biedert-Selterschen Konserve war W. immer zufrieden. Wormser Weinmost (Lampe & Co.) kann als völlig alkoholfreies Genußmittel Kindern, selbst Säuglingen gegeben werden (tee- bis eßlöffelweise) vor jeder Mahlzeit, um den Appetit anzuregen und als leicht abführendes Mittel. Pegninmilch wirkte oft bei Erbrechen der Säuglinge zauberhaft. Auch bei Pylorospasmus gelegentlich schöne Erfolge, ebenso bei Dyspepsien stark unterernährter Flaschenkinder. — Bismutose wurde in Schüttelmixtur bis zu 1 g in 3 Stunden (Bismutose 10,0, Mucil. Gumm. arab. 10,0, Aq. dest. 100,0) gut genommen und wirkte prompt bei subakuten und chronischen Darmstörungen der Flaschenkinder, auch bei Dyspepsien der Brustkinder. Ebenso Tannin. albuminat. (stündlich bis zu 1 g, 3—4 g pro die). Bei Pyelitis und Pyelonephritis der Säuglinge bewährte sich Urotropin (bis ¾ g täglich, dann wochenlang in kleinen Dosen weiter). Formaminttabletten eignen sich zur örtlichen Desinfektion bei Hals- und Mundentzündungen; man kann Kindern über 1 Jahr bis zu 12 Stück täglich geben. Purgen erwies sich als gutes Abführmittel, das nie unangenehme Begleiterscheinungen machte. Thiocol bewährte sich bei akuten und chronischen Bronchialkatarrhen, ebenso bei subakuten und chronischen Pneumonien; bei Pneumonien mit hohem Fieber und starker Dyspnoe wurde erst Kampfer ordiniert, Thiocol erst nach Ablauf der schweren Erscheinungen. Digalen wurde in einigen Fällen (Herzfehler, Pneumonie) mit sichtlichem Erfolg verabreicht. — Von äußeren Medikamenten kam Vasenol bei Ekzemen zur Verwendung. Durch Einstäuben und sanftes Verreiben des Vasenolpuders mehrmals am Tage wurde in kurzer Zeit

Trockenheit und Abblassung erzielt. Genügt diese Behandlung nicht, so versuche man Naftalan (1 : 2—3 Vaselin), das auch juckmildernd wirkt. Noch mehr tut dies Tumenol (5%ige Paste), das namentlich bei allen subakuten und chronischen Ekzemen, besonders aber beim Gesichtsekzem der Säuglinge rasch heilenden Einfluß ausübte. Euguformpulver leistete gegen die Schweiße der Rachitiker gute Dienste. (Die Therapie der Gegenwart, März 1907.)

Bromural, ein neues Nervinum (Knoll & Co., Ludwigshafen), α-Bromisovalerianianylharnstoff, wandte Dr. Th. Runck (Mundenheim) mit bestem Erfolge auch in der Kinderpraxis an. Das Präparat ist frei von narkotischer Wirkung, es schafft aber rasch Beruhigung und Schlaf. Es fiel auf, daß Kinder und Säuglinge von eingen Wochen verhältnismäßig große Dosen vertrugen, ohne die geringste Störung von seiten des Magens oder der Ausscheidungsorgane zu zeigen. Auffallend war auch die oft überraschende Wirkung, wenn es galt, einer schweren Unruhe — Krämpfen — selbst Eklampsie zu steuern, besonders wenn zuvor alle Hilfsmittel versagt hatten und man sich scheute, zu einem Narkotikum, zu greifen. Säuglinge erhielten 2—3 mal täglich ¼—⅓ Tablette (à 0,3), Kinder von 4 Jahren an schon 1 Tablette auf einmal. Ein 14 Monate altes Kind bekam von der Mutter statt ⅓ Tablette eine ganze, ohne irgendeinen Schaden zu nehmen. Auch wo der Schlaf durch Husten, Spasmus glottidis, Fieber, Dyspepsie u. dgl. gestört wurde, brachte Bromural Beruhigung und Schlaf.
(Münch. med. Wochenschrift. 1907. Nr. 15.)

Die Bedeutung der Protargolsalbe für die Narbenbildung würdigt Dr. R. Müller (Elberfeld). Protargol regt mächtig die Epithelregeneration an. M. hat eine Reihe von Fälle behandelt, bei denen so große Epitheldefekte vorlagen, daß deren Heilung ohne Transplantation völlig aussichtslos schien, die jedoch ohne Operation, nur unter Protargolsalbenverbänden glatt heilten. Wo es sich darum handelt, oberflächliche Epitheldefekte zur Heilung zu bringen, da wirkt Protargolsalbe geradezu spezifisch. Bei flachen Hautabschürfungen, auch ganz großen Hautabschälungen bewährte sie sich ausgezeichnet, ebenso bei Verbrennungen, wenn sie nach Abstoßung der Schorfe appliziert wurde. Ein 5½ jähr. Kind verbrühte sich schwer das ganze linke Bein, so daß die Haut überall in Fetzen herabhing; Behandlung mit 5%iger, später 10%iger Protargolsalbe ergab ein glänzendes Resultat nach 4 Wochen. Gleicher Effekt bei einer Verätzung des ganzen Gesichts und Halses durch konzentrierte Schwefelsäure bei einem Arbeiter. Die Salbe muß freilich sorgfältig hergestellt werden nach der Formel:

Rp. Protargol. 3,0 solv. in
Aq. dest. frig. 5,0 misc. c.
Lanolin. anhydr. 12,0 adde
Vaselin. flav. 10,0.

Sie wird allmählich bräunlich, aber dies Nachdunkeln hat nichts zu bedeuten.
(Berliner klin. Wochenschrift. 1907. Nr. 11.)

Einen Beitrag zur Anwendung des Wismuts und der Bismutose bei Magendarmleiden liefert D. J. Kuck (Wiesbaden). Er weist darauf hin, wie sich die Bismutose (Kalle & Co., Biebrich) bei Ulcus ventriculi bewährt hat, wie günstig sie auf die entzündete und ulzerierte Darmschleimhaut einwirkt, wie sie speziell bei Darmgeschwüren und Blutungen bei Typhus, bei tuberkulösen Durchfällen günstigen Einfluß entfaltet. Sehr bewährt hat sie sich bei den Störungen des kindlichen Magendarmkanals. Als geeignete Form der Verordnung für kleinere Kinder erwies sich folgende Vorschrift:

Rp. Bismutose
Mucil. Gumm. arab. āā 30,0
Aq. dest. ad. 200,0
M. D. S. stündlich 1—2 Kaffeelöffel.

Nach Nathan ist es am einfachsten und billigsten, die Tagesmenge (ca. 6 g) in 30 ccm einer dünnen Haferschleimmischung zu mengen und davon dem Säugling zweistündlich nach kräftigem Umschütteln der Flasche etwas angewärmt 1 Teelöffel zu geben. Bei schwer dyspeptischen Kindern und bei solchen mit Enteritis acuta wurden zunächst die akuten Symptome bekämpft (Teediät, Darmirrigation, Ol. Ricini, auch kleine Kalomeldosen) und am 3. oder 4. Tage mit Bismutose-

darreichung begonnen. Bei 2—5 jähr. Kindern, die teilweise schon seit Wochen dünne Entleerungen hatten, wurde durch Bismutose (stündlich eine gehäufte Messerspitze) nach kurzer Zeit Besserung erreicht. (Mediz. Klinik. 1907. Nr. 10.)

V. Monats-Chronik.

Berlin. Durch Ministerialerlaß ist den Kuratorien der **Fachschulen** anempfohlen, in geeigneter Form zu Beginn des Schuljahres durch den Schularzt auf die **Gefahren des Geschlechtsverkehrs** hinweisen zu lassen.

— Das Kgl. Provinzial-Schulkollegium hat verfügt, daß bei jüngeren Schülern das **Höchstgewicht der Schulmappen** etwa den achten, bzw. den neunten Teil des Körpergewichts nicht überschreiten soll. Ferner sollen, um seitliche Rückgratverkrümmungen zu vermeiden, die Mappen auf den Rücken getragen werden. Auch ist für die größeren Schüler möglichst ausgiebige Beteiligung an Ruderübungen zu empfehlen.

— Der Deutsche Verein für Schulgesundheitspflege hat bei einer Reihe Kommunalverwaltungen (Schöneberg, Charlottenburg, Wilmersdorf) beantragt, **Schulärzte auch an den höheren Lehranstalten**, insbesondere auch an den Mädchenschulen, anzustellen.

— Um Mittel zur **Bekämpfung der Säuglingssterblichkeit**, **der Tuberkulose** und anderer Seuchen zu beschaffen, werden sogenannte **Wohlfahrtsmarken** mit dem Bilde der Kaiserin und der Prinzessin Viktoria Luise zum Preise von 5 Pf. ausgegeben.

— In der Generalversammlung des **Vereins zur Errichtung eines Säuglingskrankenhauses** am 20. April wurde über die vom Verein unterhaltenen beiden Kliniken (Invalidenstraße und Weißensee) berichtet. Ihr großer Zuspruch hat die Heranziehung einer Reihe von Spezialärzten (Dr. Stettiner, Chirurgie; Dr. Deus, Augenheilkunde; Privatdozent Dr. Haike, Ohrenkrankheiten; Dr. Scheier, Hals- und Nasenkrankheiten) erforderlich gemacht; auch ist ein eigener Schwesternverband für den Dienst in den Kliniken gegründet. Die Gemeinde Weißensee unterstützt das Unternehmen, und Berlin überweist arme kranke Säuglinge dorthin.

— Prof. Dr. Arthur Hartmann schied mit Übernahme der Leitung der Abteilung für Ohren-, Nasen- und Halskranke am Rudolf-Virchow-Krankenhause am 1. April aus seiner Stellung in der Städtischen Schuldeputation aus. Zum Vorsitzenden der Freien Vereinigung der Berliner Schulärzte wurde San.-Rat Dr. Paul Meyer, zum Ehrenvorsitzenden Prof. Hartmann gewählt.

Freiburg. Prof. Dr. Hirsch (Leipzig) hat den Ruf als o. Professor und Direktor der medizinischen Poliklinik und des Hilda-Kinderhospitals angenommen.

Jena. Als Nachfolger von Prof. Dr. Dietrich Gerhardt wurde Prof. Dr. med. Paul Krause, Privatdozent und Oberarzt an der medizinischen Poliklinik in Jena betraut und ihm zugleich das Extraordinariat für innere Medizin verbunden mit einem Lehrauftrag für Kinderkrankheiten übertragen.

Erlangen. Der a. o. Professor an der Universität Marburg Dr. Oskar de la Camp wurde zum o. Professor der medizinischen Poliklinik, der Kinderheilkunde und der Pharmakologie in der medizinischen Fakultät der Universität Erlangen sowie zum Direktor des Pharmakologisch-Poliklinischen Instituts und der Kinderklinik der Universität Erlangen ernannt.

Düsseldorf. **Orthopädische Turnkurse** sollen für die städtischen Mädchenschulen unentgeltlich eingerichtet werden.

Dresden. Dr. Rietschel, Oberarzt an der Berliner Universitätskinderklinik, ist zum Leiter des Säuglingsheims gewählt.

Christiania. Die Gesellschaft der Wissenschaften ernannte Prof. Heubner (Berlin) zum auswärtigen Mitglied.

Gestorben: Dr. Hutzler, leitender Arzt des Gisela-Kinderspitals in München. Derselbe hat einige Zeit auch für unser Blatt referiert. — Wirkl. Geh.-Rat Dr. Hirsch in St. Petersburg.

Verantwortlicher Redakteur: Dr. Eugen Graetzer in Friedenau-Berlin. — Verlag von Johann Ambrosius Barth in Leipzig. — Druck von Metzger & Wittig in Leipzig.



Centralblatt für
Kinderheilkunde.
Eine Monatsschrift für praktische Ärzte.

XII. Jahrgang. 1. Juli 1907. No. 7.

I. Originalbeiträge.

Ein diagnostisch interessanter Fall.[1])

Von

J. Trumpp (München).

Im November 1906 wurde ich zu einem Fall gerufen, dessen Diagnose mir lange Zeit erhebliche Schwierigkeiten machte. Es handelte sich um ein 2—3 Wochen zu früh geborenes Kind mit einem Anfangsgewicht von ca. 5 Pfund, das zur Zeit meines ersten Besuches gerade 4 Wochen alt war. Erstes Kind angeblich gesunder, erst 1 Jahr lang verheirateter Eltern. Tuberkulose, Lues, hämorrhagische Diathese in der ganzen Aszendenz negiert. Wegen Wehenschwäche der Mutter und Herzschwäche des Kindes war von dem Geburtshelfer die Zange angewendet worden. In den ersten 3 Wochen hatte das Kind die spärlich fließende Mutterbrust, dann auf Anraten des Geburtshelfers Zwiemilchnahrung erhalten. Einen Tag vor meinem ersten Besuch war die Brust völlig versiegt, und erhielt das Kind in den folgenden Wochen nur künstliche Nahrung: Milch mit Schleim, kurze Zeit rohe Milch, später alkalisierte Buttermilch mit Schleim. Das Kind war in den ersten 4 Lebenswochen trotz eifriger Bemühungen der Mutter und des Arztes schlecht gediehen, auf seinem Anfangsgewicht stehen geblieben. Bei Brustnahrung hatte es 5—6 mal täglich dünnflüssigen Stuhl, bei Zwiemilchnahrung Verstopfung und Blähungen.

Das plötzliche völlige Versiegen der Brust erklärt die Mutter mit einer heftigen Gemütsbewegung. Sie hatte nämlich am Abend vor meinem Besuche den ersten halbstündigen Ausgang gewagt und danach das Kind jämmerlich weinend angetroffen. Sie vermutete, daß die etwas derbe unbeholfene Magd das Kind verletzt habe, konnte aber keine Aufklärung erhalten und beruhigte sich wieder, da das Kind bald einschlief und sich die ganze Nacht über ruhig verhielt. Am andern Morgen beim Umlegen des Kindes bemerkt sie, daß dessen linker Oberschenkel geschwollen war und blaue Flecke wie von Schlägen aufwies.

Ich erhob am 18. November 1906 folgenden Befund: Graziles, für sein Alter zu kleines Kind mit blasser, aber reiner Haut und blassen Schleimhäuten, schlechtem Turgor, etwas aufgetriebenem und

[1]) Nach einem Vortrag in der Münchner Gesellschaft für Kinderheilkunde am 15. Februar 1907.

mäßig gespanntem Bauch, gut verheiltem Nabel. Keine Rhagaden an Mund und After, keine Koryza, keine Schwellung von Milz und Leber. Brustorgane ohne Befund. Inguinal- und Axillardrüsen stecknadelkopf- bis linsengroß.

Die Arme und das rechte Bein führen normale Bewegungen aus; das linke Bein verharrt in Ruhe, nur der Fuß weicht auf Kneipen des Unterschenkels und Kitzeln der Fußsohle dorsalwärts leicht zurück. Linker Ober- und Unterschenkel sind flektiert, der Unterschenkel liegt dem Oberschenkel auf. Der Versuch passiver Streckung mißlingt, stößt auf Widerstand und löst heftiges Geschrei aus. Der Oberschenkel ist auf der Beugeseite stark geschwollen und zwar so vorgewölbt, daß man beim bloßen Anblick glauben könnte, eine Fraktur des Femur mit stark ad axin dislozierten Bruchenden vor sich zu haben. Die Haut ist über der Mitte der Geschwulst blaß, in deren Peripherie so reichlich mit unregelmäßig gruppierten, stellenweise konfluierenden injizierten Gefäßen durchsetzt, daß von weitem der Anschein subkutaner Blutung erweckt wird. Die Palpation ergibt, daß weder Krümmung noch Knickung, noch Bruch des Femur vorliegt, sondern ein der oberen Diaphysenhälfte ziemlich fest aufsitzender, praller, sehr schmerzhafter Tumor. Die Haut ist darüber nur wenig verschieblich. Linker Unterschenkel und Fuß sind in toto etwas geschwollen.

Der Hausarzt und ich sind ziemlich fest davon überzeugt, daß ein Trauma mit konsekutiver freiwilliger Lähmung vorliegt; da wird am Abend desselben Tages das Auftreten einer ähnlichen Affektion am linken Vorderarm konstatiert. Der Arm, der noch am Morgen keinerlei auffallende Veränderung gezeigt hatte, wird nicht mehr nach Säuglingsart in der Höhe des Kopfes gehalten, sondern in Beugestellung zur Brust gesenkt, und an diese angepreßt. Der Vorderarm ist proniert, in toto, besonders aber an der Ellbogenepiphyse geschwollen und sehr schmerzempfindlich. Die Haut über der Geschwulst unverändert. Die linke Hand hängt schlaff herab. Berührung des Vorderarmes und passive Bewegungen sind aber sehr schmerzhaft, Supination, Streckung und Abduktion nur in sehr geringem Grade ausführbar; der Arm federt sofort in die alte Stellung zurück. Dabei führt das Kind mit dem rechten Arm und Bein Abwehrbewegungen aus, die lebhaft gegen die Unbeweglichkeit der ganzen linken Seite kontrastieren.

Temperatur weder jetzt noch in der nächsten Folgezeit erhöht, Appetit ziemlich rege, Stuhl immer noch etwas angehalten. Häufiger Abgang von Flatus. Außer bei den Untersuchungen verhält sich das Kind völlig ruhig.

Der Gedanke an ein Trauma wird fallen gelassen und die Möglichkeit von luetischen Knochen- bzw. Gelenksaffektionen erwogen.

Andern Tages wird das Kind mit Röntgenstrahlen beleuchtet und eine Anzahl Aufnahmen der Extremitäten gemacht. Weder auf dem Schirm noch auf den Platten werden Anhaltspunkte für das Bestehen einer krankhaften Veränderung der Knochen gefunden, insonderheit weder periostale Auflagerungen noch Auftreibungen der Knochenenden, keine Irregularität der Verkalkungszone. Die Knochen beider

Seiten erscheinen gleich. Die Platten sind allerdings nicht sehr scharf ausgefallen, was auf zufällig ungenügende Assistenz und die große Unruhe des beständig jammernden Kindes zurückzuführen ist. Eine nochmalige Aufnahme war aus verschiedenen äußeren Gründen bisher nicht möglich. Die mangelhafte Schärfe der Röntgenaufnahmen gestattete demnach keine Präzisierung der Diagnose. Der einzig sichere Ausschluß gröberer Veränderungen sprach aber noch nicht gegen Lues, da die Erscheinungen luetischer Lähmungen, Parrotscher Pseudoparalyse, auch bei isolierten luetischen Muskelentzündungen beobachtet werden.

Für Lues sprach: das plötzliche Auftreten der Schwellungen, besonders auch die Lokalisation der einen Geschwulst in der Umgebung des Ellbogengelenkes, ferner der für hereditäre Lues charakteristische Typus der Lähmung, paralytische Lähmung an der oberen, spastische Lähmung an der unteren Extremität. Der Arm zeigte diejenige Haltung der Parrotschen Pseudoparalyse, die man als „Unterarmtypus" zu bezeichnen pflegt, nämlich die Erscheinungen des Klumpkeschen Typus der unteren Plexuslähmung mit Ausnahme ausgebreiteter Sensibilitätsstörungen und okulo-pupillärer Symptome. Für Lues sprach weiter, daß das Kind eine Frühgeburt, von Hause aus anämisch und schlecht gediehen ist. Verdächtig ist auch die Anämie des Vaters.

Gegen Lues sprach: das Fehlen jeglicher sonstigen Lues verdächtiger Symptome und der zweifelhafte Erfolg der eingeleiteten spezifischen Therapie (lokal wurden außerdem Fomente mit essigsaurer Tonerde und später Kamillenkataplasmen angewendet). Nebenbei mag bemerkt sein, daß der Vater eine Infektion aufs Bestimmteste in Abrede stellte, und auch der Geburtshelfer keine für die Diagnose Lues brauchbaren Anhaltspunkte hatte. Das Kind entwickelte sich weiterhin sehr schlecht, wurde appetitlos, magerte stark ab, zeigte fahle Hautfarbe und lebhafte Perspiratio sensibilis. Ich ließ deshalb, als ich am 12. Dezember 1906 das Kind zum erstenmal wieder zu Gesicht bekam und auf dringendes Ersuchen des bis dahin behandelnden Frauenarztes dauernd übernahm, mit Rücksicht auf den bedrohlichen Zustand des Kindes und die immerhin zweifelhafte Diagnose die spezifische Behandlung aussetzen, trotzdem während derselben eine lokale Besserung eingetreten war. (Daß diese Besserung nicht auf der Hg-Wirkung beruhte, scheint mir der weitere Verlauf zur Genüge erwiesen zu haben.) Die Geschwulst am Oberschenkel war bis auf eine undeutlich abgrenzbare, mäßig derbe Infiltration der Weichteile zurückgegangen, der linke Fuß wurde spontan bewegt, der Unterschenkel lag aber noch unbeweglich dem gleichfalls untätigen und noch stark flektierten Oberschenkel auf. Die Schmerzhaftigkeit war geringer geworden, doch wurde passiver Streckung des linken Beines noch deutlicher Widerstand entgegengesetzt. Die Hautgefäßinjektion bestand noch ebenso stark fort. Der linke Arm zeigte noch größere Fortschritte zur Besserung. Er wurde wieder in normaler Weise in die Höhe gehalten, Ober- und Vorderarm sowie die Hand führten spontane, wenn auch noch gehemmte Bewegungen aus. Vom Tumor war nur eine mäßige, nicht mehr sehr schmerzempfindliche

Verdickung der Weichteile und Verbreiterung des Ellbogengelenkes zurückgeblieben. Bemerkenswert war die Stellung der Hand, welche die Form der main d'accoucheur angenommen hatte und hartnäckig festhielt. Eine Verstärkung des Phänomens durch Kompression des Brachialplexus war nicht zu erzielen, ebensowenig fanden sich sonstige Anzeichen nervöser Übererregbarkeit, Fazialisphänomen usw. Am 11. Dezember 1906 hatte sich plötzlich Hernia umbilicalis entwickelt, die in wenigen Tagen Zweimarkstückgröße erreichte. Am 13. Dezember trat linksseitige Hernia inguinalis auf, mit starker Blaufärbung der Hautdecke.

Während die verschiedenen Geschwülste auch ohne spezifische Behandlung sich allmählich weiter zurückbilden, und die Beweglichkeit der linksseitigen Extremitäten sehr langsame aber doch deutlich konstatierbare Fortschritte zeigt, tritt am 27. Dezember 1906 plötzlich eine neue Geschwulst auf, und zwar diesmal auf der Streckseite der linken Oberschenkeldiaphyse. In 24 Stunden nimmt sie dermaßen zu, daß sie die ganze Streckseite des Oberschenkels bis über das Tuber ischii einnimmt, und der linke Oberschenkel fast doppelt so großen Umfang erreicht wie der rechte Oberschenkel.



Maße:

Rechter	Oberschenkel	14,3
Linker	„	25,0
Rechter	Unterschenkel	10,5
Linker	„	11,0
Rechter	Vorderarm	8,7
Linker	„	9,5.

Die Hautdecke des neuen Tumors ist gespannt, glänzend, zentral abgeblaßt, peripher leicht gerötet und von überaus zahlreichen Venektasien durchzogen. Der anfangs ziemlich pralle, später mehr teigige Tumor ist, wie die früheren Geschwülste, sehr druckempfindlich. Auffallend ist die mit dem Schreien und Pressen des Kindes synchrone Spannung bzw. Entspannung der Geschwulst, die so regelmäßig und mit so starkem Ausschlag erfolgt, daß man fast versucht sein könnte, an eine direkte Kommunikation mit der Bauchhöhle zu denken. Da eine Reposition nicht möglich ist, kann es sich aber nur um Fortpflanzung des intraabdominalen Druckes durch die Fascia obturatoria hindurch auf einen zwischen die Muskulatur des Oberschenkels erfolgten Flüssigkeitserguß handeln.

Das Abdomen selbst ist nicht besonders aufgetrieben oder gespannt, auch nicht druckempfindlich, ein Erguß in demselben nicht nachweisbar. Leber und Milz wie früher nicht vergrößert. Die Inguinaldrüsen eben fühlbar.

Welcher Art konnte nun dieser Erguß sein, der sich so plötzlich innerhalb weniger Stunden entwickelte? Eine luetische Affektion dieser Art war mir unbekannt. Ich ließ deshalb die Diagnose Lues gänzlich fallen.

Vergegenwärtigen wir uns die Hauptsymptome des Krankheitsbildes:

1. Hochgradige Blässe der Haut und Schleimhäute, die bei dem Auftreten des neuen Tumors noch intensiv, fast bis zu Leichenblässe zunimmt.

2. Schmerzhafte Schwellung und Auftreibung zweier Extremitäten mit solcher Schmerzhaftigkeit der Bewegung, daß offenbar freiwillige Lähmung besteht. Teigige Konsistenz der Geschwülste, deren Hautdecke gespannt und glänzend ist.

3. Mäßiges ephemeres Fieber beim Auftreten der neuen Geschwulst, weiterhin irreguläres Verhalten der Temperatur: fieberhafte Zeiten wechseln ab mit normaler Temperatur.

4. Chronischer Verlauf der ganzen Affektion.

Man möchte fast sagen, bis auf das Fehlen der Zahnfleischaffektion und der charakteristischen Veränderung der Sternalpartie des Thorax das typische Bild eines Morbus Barlow.

Man kann einwenden, daß das Kind beim Auftreten der ersten Geschwulst erst 4 Wochen alt war. Nun der jüngste, von Crandall beschriebene Fall von Morbus Barlow, war auch erst 6 Wochen alt. Daß die erste Attacke auftrat, als das Kind noch Muttermilch erhielt, ist auch nicht absolut gegen die Diagnose verwertbar, denn unter 472 bis zum Jahre 1904 publizierten Fällen von Morbus Barlow befanden sich 20 Fälle von Brustkindern (beobachtet u. a. von Soltmann und Pott). Das Fehlen jeglicher Mundschleimhaut- und Zahnfleischaffektion, das von mir von allem Anfang konstatiert wurde, ist beim Morbus Barlow noch zahnloser Säuglinge die Regel. Die Veränderung der Sternalpartie des Thorax wird auch bei durchaus einwandsfreien Fällen von Morbus Barlow zuweilen vermißt.

Es ist aber zu bemerken, daß das im November 1906 angefertigte Röntgenbild weder eine Affektion der Knochen noch des Periosts, vor allem weder Kontinuitätstrennung noch subperiostale Blutungen hatte erkennen lassen. Ob freilich der Röntgenbefund jetzt der gleiche gewesen wäre, läßt sich ja nicht behaupten, und ich muß zugeben, daß bei der Untersuchung des Vorderarmes in dieser Zeit einmal ein unbestimmtes knackendes Geräusch in der Gegend des immer noch verdickten Ellbogengelenkes vernehmlich war. Gegen das Bestehen einer Epiphysenlösung schien mir aber die fortschreitende Beweglichkeit der oberen Extremität zu sprechen, welche bereits nach 6 Wochen eine Streckung bis zu einem Winkel von 130° ermöglichte.

Ein Spezialkollege, dem ich den interessanten Fall vorführte, hielt immerhin die Diagnose Morbus Barlow nicht für absolut ausgeschlossen, zog aber auch die Möglichkeit der Hämophilie in Betracht. Dafür ließen sich nun anamnestisch auch nicht die geringsten Anhaltspunkte gewinnen.

Daß auch Morbus Barlow auszuschalten ist, geht aus der Unwirksamkeit der Verabreichung roher Milch, besonders aber aus der weiteren Entwicklung des Falles hervor. Bis zum 9. Januar 1907 traten nämlich neben dem Haupttumor noch drei weitere Geschwülste

auf, eine wallnußgroße über dem linken Trochanter und zwei kirschgroße in der Regio iliaca sinistra. Der Haupttumor fing an zu fluktuieren, und wurde nach vorausgegangener Punktion, die grünen, rahmigen, homogenen Eiter ergab, eröffnet. Dabei entleerten sich in weitem Strahl ca. 100 g Eiter. Nach Eröffnung dieses Abszesses verschwanden auch die Metastasen über dem Trochanter und in der Regio iliaca. Die mäßig fieberhafte Temperatur sank auf die Norm herab; gleichzeitig fiel aber auch das Körpergewicht, das erst vom 24. Januar 1907 an unter Buttermilch wieder anstieg.

Damit ist das Kind noch nicht von seinem Leiden erlöst. Während der Haupttumor sich langsam zurückbildet, tritt am 24. Januar eine erneute derbe Infiltration der oberen Hälfte der Außenfläche des linken Oberschenkels auf. Schon 2 Tage später nimmt sie wieder ab, dafür zeigt sich abermals eine teigige, kugelige Anschwellung über dem linken Trochanter, eine weitere wieder in der Regio iliaca sinistra, und eine dritte $2^1/_2$ Querfinger unterhalb des linken Tuber ischii. Erstere wurde am 15. Februar inzidiert und entleerte reichlich rahmigen Eiter.

Wie ist das Krankheitsbild, das Auftreten dieser multiplen Geschwülste, Abszesse, zu deuten?

Ich habe bisher eine wichtige Angabe verschwiegen. Wie bemerkt war das Kind sr. Zt. mit der Zange geholt worden. Dabei aquirierte es nun offenbar eine leichte Erosion am Hinterhaupt, die sich weiterhin zu einem Geschwürchen entwickelte, das selbst nach 4 Wochen noch nicht verheilt war und jetzt eine prominente livide Narbe hinterlassen hat. Dies Moment in Verbindung mit der gemachten Erfahrung, daß die Geschwülste offenbar nichts weiter waren als Metastasen von Eiterherden, ist wohl geeignet, dem Fall eine ziemlich sichere Deutung zu geben und zwar als metastasierende Sepsis, als Pyämie. Dafür spricht: das Alter des Kindes, mit dem spezifisch disponierenden Moment der Frühgeburt; das Bestehen einer nachweislichen Eintrittspforte für Bakterien, der plötzliche Beginn der Erkrankung, die Eitermetastasen und die komplizierende Affektion des Ellbogengelenkes, der Nachweis von Streptokokken im Eiter, die Anämie, das irreguläre Fieber. Der Harn enthält Spuren von Eiweiß, keinen Zucker (im Gegensatz zu Lues hered.). Das Blut zeigt merkliche Schwergerinnbarkeit; mikroskopisch: Verminderung der Erythrozyten 4·200·000, für das frühe Säuglingsalter normale Zahl der Leukozyten 9200, aber mit Überwiegen der polynukleären Formen gegenüber den mononukleären; zahlreiche Körner, wie sie bei Sepsis gefunden und auf Zerfall roter Blutkörperchen zurückgeführt werden.

Bakterien im Blute nachzuweisen war mir nicht möglich, der elende Zustand des Kindes verbot die Vornahme einer Venaepunktio oder Venaesektio. Da somit der Hauptbeweis für Sepsis fehlt, so stelle ich nur die Wahrscheinlichkeitsdiagnose auf Sepsis auf. Zu meiner Freude hat mir das Kind keine Gelegenheit mehr geboten, etwa durch die Autopsie, die Diagnose zu bestätigen. Es wurde am 1. März an die Brust einer Amme gebracht und ist nach langsamer Reparation all seiner Schäden im Begriff, sich körperlich und geistig völlig normal zu entwickeln. München, April 1907.

II. Referate.

A) Aus deutschen Zeitschriften.

A. W. Bruck und **Lilli Wedell**, Stoffwechselversuche bei keuchhustenkranken Kindern. (Monatsschrift f. Kinderheilkunde. April 1907.) Die Verff. gelangen zu nachstehenden Schlußfolgerungen:

„Die Tagesmengen des ausgeschiedenen Harnes waren fast in sämtlichen Fällen sehr gering, zum Teil sicher eine Folge der mangelhaften Appetenz. Daraus erklärt sich ohne weiteres das hin und wieder beobachtete relativ hohe spezifische Gewicht. Hierin eine Besonderheit des Pertussis-Harnes erblicken zu wollen, liegt kein Grund vor. Ebensowenig ließ sich eine konstante Harnsäurevermehrung nachweisen. Gerade in den Fällen, in denen vegetabilische und purinfreie Kost verabfolgt wurde, sind die Harnsäurewerte außerordentlich niedrig. Harnsäurewerte um 0,6 herum, die wir als relativ hoch bezeichnen dürfen (die Harnsäureausscheidung beträgt bei vegetabiler und purinfreier Kost beim Erwachsenen etwa 0,25 bis 0,6; bei gemischter Kost 0,5 bis 1,0) sind äußerst selten.

Gärungsfähigen Traubenzucker konnten wir niemals nachweisen, auch versagte die feinste und sicherste Zuckerprobe, die Fischersche Osazonprobe, stets. Die Fehlingsche Probe war immer negativ, hingegen die Nylandersche manchmal positiv. Auf welchen Stoffes Anwesenheit dieser positive Ausfall zu beziehen ist, muß dahingestellt bleiben, zumal über den Wert der letztgenannten beiden Proben für den Zuckernachweis zwischen Pflüger und Hammarsten Meinungsverschiedenheiten bestehen.

Wir kommen demnach zu dem Schluß, daß die Angaben der Autoren, durch die sie sich berechtigt fühlten, von einem „Pertussis-Harn" zu reden, nicht zu Recht bestehen, und daß die in der angedeuteten Richtung vorgenommene Untersuchung des Harnes weder einen Einblick in das Wesen der Affektion gestattet, noch diagnostisch verwertbar ist. Diagnostische Bedeutung hat auch auf Grund unserer Untersuchungen lediglich die nie vermißte von Fröhlich zuerst beschriebene Leukozytose."

Grätzer.

F. Philips, Dextriniertes und nichtdextriniertes Mehl in der Säuglingsnahrung. (Aus der Universit.-Kinderklinik zu Breslau.) (Monatsschrift f. Kinderheilk.. April 1907.) P. hat an mehreren Kindern Untersuchungen angestellt, denen er in einer Periode Theinhardts Kindermehl, in einer zweiten Weizenmehl gab. Die Ergebnisse waren ziemlich unzweideutig.

Die Fettresorption war in beiden Perioden gleich groß, die Stickstoffresorption dagegen bei Ernährung mit dextrinisiertem Mehl schlechter, als bei Zufuhr unveränderten Weizenmehls. Was die im Kot ausgeschiedenen Kohlehydratmengen betraf, so bestand eine geringe Differenz zugunsten des dextrinisierten Mehles; doch sind die Zahlen so klein, daß man daraus keinen Schluß ziehen kann. Nimmt man aber als Maßstab für die Resorption der Kohlehydrate die Menge

der flüchtigen Fettsäuren, d. h. der Gärungsprodukte der Kohlehydrate, so zeigt sich, daß in allen Versuchen die Kohlehydratausnutzung in der Periode des dextrinisierten Mehles besser war als in der Weizenmehlperiode. Diese bessere Ausnutzung der Kohlehydrate bei dextrinisiertem Mehl ist aber aller Wahrscheinlichkeit nach nicht auf einen Mangel an Amylase zurückzuführen. Die Körpergewichtskurve verlief bei der Ernährung mit dextrinisiertem Mehl besser; dies Verhalten ist wohl auf die bessere Resorption der Kohlehydrate zurückzuführen. Bei allen Versuchskindern trat eine Schädigung des Gesamtorganismus zutage. Für diesen „Mehlnährschaden" kann ungenügende Nahrungszufuhr, ebenso Mangel an einzelnen Nahrungsbestandteilen nicht verantwortlich gemacht werden. Dagegen dürfte das Verhalten von flüchtigen Fettsäuren einen Anhaltspunkt geben. Die Ausscheidung derselben war hier eine 3—5 mal so hohe, als bei normalen Säuglingen, und da die flüchtigen Fettsäuren Alkalien binden, müssen sie diese dem Organismus entziehen, und zwar um so mehr, je mehr flüchtige Fettsäuren gebildet werden; das tritt namentlich bei Ernährung mit Weizenmehl ein, während bei Ernährung mit dextrinisiertem Mehl die Bildung flüchtiger Fettsäuren geringer ist.

Grätzer.

P. Michaelis, Das Hirngewicht des Kindes. (Aus dem Kinderkrankenhaus zu Leipzig.) (Monatsschrift f. Kinderheilkunde. April 1907.) Fortsetzung und Erweiterung der von H. Pfister begonnenen Wägungen. Es wurden 276 Gehirne von Kindern jeglicher Altersstufen einer Wägung unterzogen; an 200 Gehirnen wurden auch Teilwägungen vorgenommen. Die Resultate werden in Tabellen übersichtlich wiedergegeben, in denen das Material nach dem Alter und Geschlechte geordnet ist.

Grätzer.

Ernst Schiff, Beiträge zur Chemie des Blutes der Neugeborenen. (Jahrb. f. Kinderheilk. Bd. 64. Heft 3 u. 4.) Der Trockenrückstands-, Aschen- und Eiweißgehalt des Blutes der Neugeborenen zeigt individuell verschiedene absolute Werte. Die individuellen Schwankungen der Werte des Trockenrückstandes bewegten sich in den untersuchten Fällen während der ersten zehn Lebenstage durchschnittlich zwischen 21,4—27,7 %, diejenigen des Aschengehaltes zwischen 0,79—1,34 % und diejenigen des Eiweißgehaltes zwischen 17,5—27,4 %.

Sowohl der Trockenrückstands-, als auch der Aschen- und Eiweißgehalt des Blutes zeigen am ersten Lebenstage die höchsten Werte. Der Trockenrückstandsgehalt des Blutes beträgt am ersten Lebenstage im Mittel 26,5 %, der bis zum zehnten Lebenstage allmählich abnimmt (im Mittel bis 23,07 %). Die größte Abnahme erleidet der Trockenrückstandsgehalt des Blutes — ungefähr 1 % — nach dem ersten Lebenstage, in den späteren Tagen ist die Abnahme schon bedeutend geringer.

Der Aschengehalt des Blutes beträgt am ersten Lebenstage im Mittel 1,1 %, nimmt bis zum dritten Tage ab (bis 0,97 %), steigt dann bis zum siebenten Tage wieder in die Höhe (bis 1,07 %), um dann wieder abzunehmen (am zehnten Tage im Mittel auf 0,98 %).

Der Eiweißgehalt des Blutes verhält sich je nach der Abnabelungszeit verschieden. Bei sofort Abgenabelten zeigt auch hier der erste Lebenstag die höchsten Werte (im Mittel 23,58 %), die bis zum zehnten Lebenstage allmählich abnehmen (bis auf 20,78 %). Bei spät Abgenabelten steigt der Anfangswert (im Mittel 23,73 %) bis zum dritten Tage allmählich an (bis auf 25,24 %), und nimmt erst nachher ab (am zehnten Lebenstage 22,73 %).

Bei Nacht ist der Trockenrückstandsgehalt des Blutes größer, als während der Tagesperiode; hingegen zeigt der Aschengehalt des Blutes ein gerade entgegengesetztes Verhalten.

Weder der Trockenrückstands-, noch der Aschengehalt des Blutes wird durch das Geschlecht der Neugeborenen beeinflußt, ganz entschieden aber der Eiweißgehalt des Blutes, insofern derselbe bei Knaben durchschnittlich 22,89 %, bei Mädchen 21,99 % betrug.

Der Umstand, ob der Neugeborene von einer Erst- oder Mehrgebärenden stammt, hat weder auf den Trockenrückstands-, noch auf den Eiweißgehalt des Blutes einen Einfluß. Bezüglich des Aschengehaltes zeigten Kinder Erstgebärender etwas niederere Werte.

Der Entwicklungsgrad der Neugeborenen hängt sowohl mit dem Trockenrückstands-, wie auch mit dem Aschen- und Eiweißgehalte des Blutes eng zusammen. Der Trockenrückstands- und Aschengehalt des Blutes steht mit dem Entwicklungsgrad des Neugeborenen in geradem Verhältnisse, insofern beide bei den stärker entwickelten Neugeborenen höhere Werte zeigen; hingegen ist das Verhältnis zwischen dem Eiweißgehalte des Blutes und dem Entwicklungsgrade des Neugeborenen ein umgekehrtes, indem hier die schwächer entwickelten Neugeborenen höhere Werte liefern.

Die Abnabelung beeinflußt weder den Trockenrückstands- noch den Aschengehalt des Blutes, ganz entschieden aber den Eiweißgehalt desselben, wie dies sub 2 geschildert wurde.

Bei ikterischen Neugeborenen ist der Trockenrückstands- und Aschengehalt des Blutes durchschnittlich geringer, als bei nicht ikterischen. Der Unterschied zeigt sich aber erst vom fünften Tage an, wo der Ikterus schon eingetreten war.

Zwischen dem spezifischen Gewicht, dem Trockenrückstands- und Eiweißgehalte des Blutes besteht kein inniger Zusammenhang, indem die diesbezüglichen Werte nur zwischen bedeutend weiten Grenzen, und da auch durch mehrfache Ausnahmsfälle unterbrochen, ein paralleles Verhalten zeigen.

Das spezifische Gewicht des Serums zeigt auch ausgesprochene individuelle Unterschiede (es schwankten die Werte zwischen 1,0201 und 1,0363), verhält sich aber bei ein und demselben Neugeborenen im Nacheinander der ersten Lebenstage ziemlich konstant auf derselben Höhe. Es wird dasselbe durch das Geschlecht der Neugeborenen ganz entschieden beeinflußt, indem es in den untersuchten Fällen bei Knaben durchschnittlich 1,0254, bei Mädchen 1,0290 betrug, bei letzteren also bedeutend höher war.

Die Werte des Trockenrückstands-, Aschen- und Eiweißgehaltes des Serums zeigen bei den verschiedenen Neugeborenen ziemlich

gleiche Höhe. Die Werte des Trockenrückstandsgehaltes bewegen sich im allgemeinen zwischen 7,5 und 8,5 % (durchschnittlich 8,18 % diejenigen des Aschengehaltes ergeben im Mittel 1 %, die des Eiweißgehaltes schwanken ziemlich konstant um 7 % (durchschnittlich 7,3 %).

Hecker.

S. Weißenberg, Die Körperproportionen des Neugeborenen. (Jahrb. f. Kinderheilk. Bd. 64. Heft 6.) Die Messungen erstrecken sich auf 50 Kinderleichen und wurden so ausgeführt, daß die Leiche zunächst gestreckt auf einen Tisch gelegt wurde und dann folgende Punkte auf denselben mit einem gewöhnlichen Tischlerwinkelmaß projiziert wurden. Scheitel, rechte Schulter, Spitze des rechten Mittelfingers, Trochanter major, rechte Sohle, die Spitzen der Mittelfinger bei horizontal gestreckten Armen und Damm. Die Messung der Entfernung zwischen den entsprechenden Punkten mit einem gewöhnlichen Bandmaß ergab dann folgende Körpermaße: Körperlänge, Kopf- samt Halslänge, Sitzhöhe, Rumpflänge, Armlänge, Beinlänge, Klafterbreite; außerdem wurde direkt mit dem Bandmaß bestimmt: Handlänge, Fußlänge, Kopfumfang, Brustumfang. Mit dem Tasterzirkel genommen wurde die Schulterbreite und die Hüftbreite.

Als Resultat seiner Messungen glaubt Verf. folgendes als charakteristische Eigentümlichkeit des Neugeborenen hinstellen zu können:

Die individuellen und geschlechtlichen Besonderheiten in den Körperproportionen sind beim Neugeborenen viel weniger ausgeprägt als beim Erwachsenen. Die Wachstumsenergie während der ersten drei Lebensmonate ist als sehr bedeutend zu bezeichnen.

Die Körperproportionen des Neugeborenen sind denjenigen des Erwachsenen diametral entgegengesetzt, indem bei ihnen

a) die Klafterbreite kürzer ist als die Körperlänge,

b) nicht nur die Sitzhöhe länger ist als das Bein, sondern auch

c) die eigentliche Rumpflänge (Akromion-Spalt) länger ist als das Bein,

d) die eigentliche Rumpflänge länger ist als der Arm,

e) der Arm länger ist als das Bein und

f) der Kopfumfang größer ist als der Brustumfang.

Hecker.

Emmett Holt, Gonococcusinfektion bei Kindern mit besonderer Bezugnahme auf deren Vorkommen in Anstalten und die Mittel zur Verhütung derselben. (Jahrb. f. Kinderheilk. Bd. 64. Heft 6.) Bericht über 5 Hausepidemien von Gonococcus-Vaginitis in einem Kleinkinderhospital. Im ganzen wurden 172 Kinder von der Krankheit befallen. Desinfizierung und Sterilisierung der Windeln ebenso wie die anderen prophylaktischen Mittel erwiesen sich als wirkungslos, bis eine vollständige Isolierung der Patienten sowie des Wartepersonals durchgeführt wurde. Bei 24 Kindern, darunter 17 männlichen, entwickelte sich akute Gonococcusarthritis. Von allen diesen litt nur einer an Ophthalmie, bei keinem bestand Harnröhrenausfluß. Die Frage nach der Eingangspforte des Virus in solchen Fällen ist sehr schwierig, wahrscheinlich ist es der Mund. Viele der Kranken litten nämlich an Marasmus und auch an Mundfäule. In einem letal ausgegangenen Falle fand sich ein Abszeß in der Wand

der Trachea, dessen Eiter Gonokokken enthielt. Vielleicht war die übliche Methode der Mundreinigung Schuld an der Infektion. Verf. zieht folgende allgemeine Schlußfolgerungen aus seinen Ausführungen:

Gonococcus-Vaginitis ist eine sehr häufig vorkommende Krankheit, mit der in Anstalten für Kinder beständig zu rechnen ist. Auch in der Praxis in Dispensieranstalten und Miethäusern ist sie sehr häufig, und sogar nicht ungewöhnlich in der Privatpraxis der besseren Klasse.

In leichterer Form und sporadischen Fällen ist sie äußerst unangenehm, weil sie so schwer zu behandeln ist. In ihrer schwereren Form kann sie durch Verursachung von akuter Gonococcus-Pyämie oder Infizierung der serösen Häute lebensgefährlich werden. In epidemischer Form ist sie in einer Anstalt eine wahrhaftige Geißel.

Der hochgradig kontagiöse Charakter der Gonococcus-Vaginitis macht zur gebieterischen Notwendigkeit, Kinder, welche an derselben leiden, in den Abteilungen und Schlafsälen mit andern nicht zusammen zu lassen. Ähnliche Gefahr, wenn auch in geringerem Grade, besteht bei Gonococcus-Ophthalmie und akuter Gonococcus-Arthritis oder Pyämie.

Es ist einfach unmöglich, die Ausbreitung der Krankheit zu verhüten, wenn infizierte Kinder mit anderen zusammen in derselben Abteilung bleiben. Dieselben müssen entweder vom Hospitale ausgeschlossen oder, wenn zugelassen, sofort unter Quarantäne gestellt werden.

Fälle von Gonococcus-Vaginitis können nur dann vom Hospital ferngehalten werden, wenn eine systematische, mikroskopische Untersuchung von Aufstrichen von der Scheidenabsonderung jedes aufgenommenen Kindes gemacht wird. Ist ein eitriger Vaginalausfluß vorhanden, so sind diese Untersuchungen unerläßlich und sollten ebenso sehr zu einer Sache der Hospitalroutine gemacht werden, wie das Erlangen von Kulturen aus dem Halse von Kindern mit tonsillaren Exsudaten. Sind keine mikroskopischen Untersuchungen eitrigen Ausflusses bei einem kleinen Kinde gemacht, so mag angenommen werden, daß derselbe vom Gonococcus herrührt.

Die Quarantäne muß, wenn sie wirksam sein soll, ebensowohl auf Pflegerinnen und Wartepersonal, als auf die Kinder ausgedehnt werden. Ferner müssen Windeln, Bettzeug und Kleider infizierter Kinder separat von den übrigen im Hause gewaschen werden.

Wo der Gonococcus mit keinem Ausflusse oder mit sehr geringfügigem Ausflusse gefunden, müssen die Kinder in Quarantäne gebracht werden, obgleich es gegenwärtig unmöglich ist, anzugeben, bis zu welchem Grade derartige Fälle einer Abteilung gefährlich werden können. Eine der größten Schwierigkeiten bei Gonococcus-Vaginitis entsteht aus der langen Quarantäne, welche durch den Umstand notwendig wird, daß diese Fälle sehr chronischen Charakters sind und der Behandlung hartnäckig widerstehen.

Die Gefahr für die Pflegerinnen durch zufällige Ansteckung, besonders der Augen, ist beträchtlich. Zurzeit sind dieselben in dieser Beziehung nicht genügend unterrichtet. Hecker.

H. Laser (Königsberg), Über das Vorkommen von Schwerhörigkeit und deren Ursachen bei Schulkindern. (Deutsche med. Wochenschrift. 1907. Nr. 5.) L. hat mittels des Politzerschen Hörprüfers alle Kinder von 3 Schulen einer Mädchen-Bürgerschule, einer Mädchen-Volksschule und einer Knaben-Volksschule, zusammen 1753 Kinder, untersucht. In den 3 Schulen fand sich etwa die gleiche Anzahl Schwerhörige: 17,4 $^0/_0$, 17,9 $^0/_0$ und 19,3 $^0/_0$. Auf den unteren Klassen waren die Zahlen fast durchweg höher als in den oberen, was L. darauf zurückführt, daß die Angaben dieser kleinen Schulanfänger nicht so genau zu bewerten sind, als die der größeren Kinder. Ein Zusammenhang der Schwerhörigkeit mit dem Alter des Kindes ergab sich nicht. Schwerhörigkeit rechts bestand 107 mal, links 92 mal, beiderseits 116 mal.

Unter 315 spezialärztlich untersuchten Kindern wurde konstatiert: Rachenmandeln bei 153, chron. Otitis bei 34, perecta bei 34, Thrombus bei 31, Katarrh bei 12, normale Verhältnisse bei 51 Kindern.

Grätzer.

M. Fraenkel (Berlin), Ein Fall von Gicht bei einem 4jähr. Kinde. (Deutsche med. Wochenschrift. 1907. Nr. 5.) Das Kind soll schon seit ca. 1 $^1/_2$ Jahren fortwährend Anfälle haben. Einen Anfall hatte nun F. selbst zu beobachten Gelegenheit. Es handelte sich um typische Gicht in der rechten großen Zehe.

Therapeutisch benutzte F. Anthrosantabletten Nr. I (neben entsprechender Diät), die eine neue Art von getrennt zu verabreichenden Formaldehyd und zitronensaurem Natron darstellt. Er gab anfangs 3 mal täglich 2 Tabletten 2 Tage lang; nachdem Schwellung und Schmerzhaftigkeit geschwunden, wurde eine 3 wöchige Kur (3 mal täglich 1 Tablette) verordnet, die nach 3 Monaten noch einmal wiederholt wurde. Es trat noch ein leichter Anfall ein, seit $^1/_2$ Jahr ist Patient frei von Anfällen.

Grätzer.

Ad. Stein (Königsberg), Eine 3jährige Virgo. (Deutsche med. Wochenschrift. 1907. Nr. 6.) Schon im Jahre 1904 hat St. den Fall als „typische Menstruatio praecox" mit sekundären Geschlechtscharakteren veröffentlicht. Das damals 14 Monate alte Kind war in regelmäßigen Intervallen von 28 Tagen typisch menstruiert, und es hatte sich mit dem ersten Eintritt der Menstruation, die im 7. Monat erfolgt war, allmählich Entwickelung der Schamhaare, der Mammae und der Labien eingestellt.

Das jetzt 3 $^1/_2$ Jahre alte Mädchen bietet den Anblick einer Jungfrau; geistige Entwickelung und Gesichtszüge aber entsprechen dem Alter des Kindes. Die Oberschenkel zeigen weibliche Rundung, in der Achselhöhle finden sich blonde Härchen, an den Geschlechtsteilen etwas dunklere, Stimme kräftig und ausdrucksvoll wie bei einer 16jährigen, Mammae entsprechen ebenfalls diesem Alter (Areola mit breitem Hofe dunkel pigmentiert, Drüsenkörper deutlich palpabel), Körpergröße 110 cm, Gewicht 22 $^1/_2$ kg. Periode tritt monatlich ein und ist offenbar schmerzhaft.

Von ursächlichen Momenten sind Hydrozephalie und Ovarialtumoren auszuschließen; dagegen ist Rachitis deutlich ausgesprochen.

Grätzer.

P. Kleinschmidt, Zur Behandlung ischämischer Muskelkontrakturen, zugleich ein Beitrag zur Pseudarthrosenheilung. (Deutsche med. Wochenschrift. 1907. Nr. 17. S. 679.) Bei einem 10 jährigen Knaben mit ischämischer Muskelkontraktur nach einer 3 Jahre zuvor akquirierten mit zirkulärem Gipsverband behandelten linksseitigen suprakondylären Humerusfraktur, über die K. berichtet, wurden Radius und Ulna durch je einen seitlichen Schnitt freigelegt, aus beiden Knochen wurde dann ein 3 cm langes Stück reseziert und zwar, mit Rücksicht auf die mögliche Bildung eines Brückenkallus aus der Ulna etwas höher. Zwei aus den resezierten Stücken hergestellte Knochenstifte wurden in die Markhöhle hineingesteckt behufs Fixation der Knochen. Die Streckung der Hand und der Finger gelang nun in ziemlich ausgiebiger Weise. Die Knochen um so viel zu kürzen, daß die Streckung normal wurde, erschien bedenklich wegen der Schwierigkeit, die Knochenenden exakt aneinander zu halten, und der Möglichkeit, daß sich dann die Extensoren den neuen Verhältnissen nicht anpassen und in ihrer Funktion beeinträchtigt werden könnten. Der Wundverlauf erlitt keine Störung, aber die Vereinigung der Knochen ging nicht in gewünschter Weise vonstatten. Unter verzögerter und dürftiger Kallusbildung konsolidierte der Radius erst im Verlauf von 4 Monaten, an der Ulna entstand eine Pseudarthrose. Zur Beseitigung derselben wurde eine zweite Operation notwendig, bei der sich zeigte, daß die Enden des Knochens mit knorpelartigem Gewebe bedeckt und völlig frei gegeneinander beweglich waren. Nach Exzision dieses Gewebes wurde von einem Schnitt über der medialen Fläche der linken Tibia ein 4 cm langer, 2 cm breiter Knochenhautlappen umschnitten, mit dem Messer vom Knochen abpräpariert und manschettenförmig um die Resektionsstelle herumgelegt. Die sich berührenden Ränder des Lappens wurden aneinander, der freie obere und untere Rand an dem benachbarten Gewebe mit einigen Katgutnähten fixiert. 3 Monate nach der Operation war der Knochen fest konsolidiert. Der Knabe kann jetzt seine vorher absolut unbewegliche Hand für alle nicht zu subtilen Verrichtungen wieder gebrauchen. F. Joachimsthal (Berlin).

Paderstein (Berlin), Ophthalmoplegische Migräne und periodische Okulomotoriuslähmung. (Deutsche med. Wochenschrift. 1907. Nr. 19.) Möbius trennte zwei Krankheitszustände voneinander ab: Die „periodisch wiederkehrende", d. h. einseitige, vollständige Okulomotoriuslähmung, die in annähernd regelmäßigen, von Kopfschmerzen und Erbrechen eingeleiteten Anfällen seit der Jugend den Patienten befällt, und die „ophthalmoplegische Migräne", eine gewöhnlich ererbte Migräne, zu der erst im Laufe der Zeit, gewöhnlich nach sehr schweren und gehäuften Anfällen, die Lähmung als Komplikation hinzutritt, während bei den meisten Fällen der ersteren Form von vornherein mit dem ersten Anfall die volle Lähmung da ist.

P. beobachtete folgenden Fall: Bei einer hereditär nicht belasteten Patientin bestanden seit früher Kindheit Migräneanfälle, zu denen im 14. Lebensjahre Ptosis, dann Pupillenerweiterung, schließlich Parese des ganzen Okulomotorius sich zugesellten, und zwar so, daß Anfälle mit Beteiligung des Auges und solche ohne Paresen unregel-

mäßig miteinander abwechselten. Die Paresen gehen in wenigen Tagen wieder zurück, worauf völliges Wohlbefinden besteht.

Wenn man bedenkt, daß vereinzelt auch Trochlearis und Abduzens bei solchen Migräneanfällen mitbetroffen sind, so entspricht für obigen Fall die Bezeichnug „ophthalmoplegische Migräne" völlig der Situation. Aber es fehlt die Heredität! Handelt es sich da etwa um die andere Form? Davon unterscheidet den Fall wieder, daß die Lähmung nicht von vornherein, sondern erst viel später zu den Migräneanfällen hinzutrat. Das ist aber auch das einzige Unterscheidungsmerkmal, und man sollte meinen, daß bei sonst gleichem klinischen Verlauf, auf diesen einzigen Unterschied hin, eine Abtrennung der beiden Formen nicht statthaft sei. Aber Möbius will für die Migräne eine funktionelle, für die „Okulomotoriuslähmung" eine organische Ursache zugrunde legen. Allerdings liegen auch zwei Sektionsbefunde dieses Typus vor. Thomson-Richter fanden bei einem Patienten, der seit dem 5. Lebensjahr an rezidivierender Okulomotoriuslähmung mit Migräne, sowie an Epilepsie litt, ein Fibrochondrom des rechten Okulomotorius, Karplus bei einer 43 jähr. Frau, die seit dem 1. Lebensjahr Anfälle rechtsseitiger Okulomotoriuslähmung mit „Migräne" hatte und an progressiver Paralyse starb, ein Neurofibrom, das die Fasern des Nerven auseinandergetrieben und zum Schwunde gebracht hatte. Obwohl diese Befunde sich sehr ähneln, muß es doch in hohem Maße zweifelhaft sein, ob in diesen Tumoren die Ursache der Affektion zu finden ist. Es wäre ohne Analogie, wenn solche Geschwülste ein Menschenalter hindurch keine anderen Erscheinungen hervorrufen sollten, als gerade rezidivierende Okulomotoriuslähmung mit Migräneanfällen. Wie dem aber auch sei: solange die klinischen Bilder sich in keinem anderen Punkte, als der Zeit des Hinzutretens der Lähmung unterscheiden, erscheint die Trennung der beiden Krankheitsformen als erkünstelt. Grätzer.

J. Fibiger und **C. O. Jensen** (Kopenhagen), Über die Bedeutung der Milchinfektion für die Entstehung der primären Intestinaltuberkulose im Kindesalter. (Berliner klin. Wochenschrift. 1907. Nr. 4 u. 5.) Auf Grund ihrer Erfahrungen und Untersuchungen kommen die Verff. zu dem Schluß, daß eine bedeutende Anzahl von Fällen primärer Tuberkulose im Verdauungskanal bei Kindern von Infektion durch Tuberkelbazillen des Rindes herrührt, und daß diese Infektion ziemlich oft einen äußerst verhängnisvollen Verlauf nimmt. Es steht außer Zweifel, daß der Genuß von roher Milch als eine bedeutsame Entstehungsursache der primären Intestinaltuberkulose im Kindesalter betrachtet werden muß. Grätzer.

H. Neumann, Irrtümliche Deutung eines physikalischen Brustbefundes bei Kindern. (Berliner klin. Wochenschrift. 1907. Nr. 9.) Wenn man bei gewissen Kindern zunächst die vordere Brustwand auskultiert, so findet man über der rechten Lungenspitze (nur selten über der linken) im Gegensatz zur anderen Seite ein verlängertes Exspirium. In- und Exspirium ist laut und unbestimmt, in manchen Fällen aber geradezu bronchial. Hingegen kann, wenn man sich von dem Schlüsselbein mehr nach unten bewegt, die Atmung gegenüber der

linken Seite sogar abgeschwächt sein. Perkutiert man jetzt vergleichend vorn die Lungenspitzen, so fehlt eine Dämpfung. Die Auskultation am Rücken vervollständigt den an der Vorderseite erhobenen Befund. In der rechten oberen Schulterblattgrube findet man bei Ein- und Ausatmung das Atemgeräusch noch lauter oder noch mehr ausgesprochen bronchial als vorn, während in den mittleren und unteren Teilen es ebenso wie vorn unten rechts abgeschwächt sein kann, ein Vergleich mit der linken Seite läßt es mindestens eigentümlich modifiziert erscheinen.

Besonders das abnorme Atemgeräusch an der Spitze (vorn und hinten oben rechts) führt häufig zu folgeschweren diagnostischen Irrtümern. Die Kinder werden für lungenkrank erklärt, in Anstalten gebracht, vom Schulunterricht ausgeschlossen usw., die Eltern werden schwer beunruhigt.

Die geschilderten Erscheinungen weisen nur auf eine Anschwellung der bronchialen Lymphdrüsen hin, im besonderen derjenigen, die vom Hilus der Lunge bis zur Bifurkation der Trachea ziehen, sowie ferner — hierauf deutet eine mediastinale Dämpfung — auf eine Schwellung der im vorderen Mediastinum über dem Herzbeutel gelagerten Lymphdrüsen. Oft hat N. die Zeichen der Bronchialdrüsenschwellung schon am Ende des ersten und im zweiten Jahr auftreten sehen. In der Regel freilich kommen die Kinder wegen der durch die Erkrankung ausgelösten konstitutionellen Krankheitserscheinungen zum Arzt und stehen im 3. bis 9. Jahr. Am häufigsten findet sich neben der Erscheinung intrathorakaler Drüsenschwellung eine chronische Schwellung der Halsdrüsen, oft auch Hyperplasie des lymphatischen Schlundringes. Die Kinder erscheinen schlecht genährt, zeigen Schwäche des Knochen- und Muskelsystems, körperliche Schlaffheit, geistige Ermüdbarkeit usw., sie werden, wenn sie nicht als lungenkrank angesehen werden, als Anämische oder Skrofulöse betrachtet. Das ist nun allerdings nicht ohne weiteres richtig, wenn auch tatsächlich sich bei der Skrofulose die klinischen Erscheinungen der Bronchialdrüsenschwellung außerordentlich oft nachweisen lassen und diese Symptome zu einer tuberkulösen Erkrankung, der Verkäsung der Bronchialdrüsen, in Beziehung zu bringen sind und sich an sie die Zeicheu einer Spitzenerkrankung anschließen können. Aber trotzdem sollte man doch zwischen einer Drüsentuberkulose und einer ulzerösen Lungentuberkulose einen scharfen Unterschied machen, wie ihn in der Kindheit zum mindesten schon die verschiedene Prognose verlangt. Skrofulo-tuberkulös sind eine sehr große Zahl von Kindern; aber wenngleich sie alle von der Schwindsucht bedroht sind, so ist der Eintritt derselben doch noch zum Teil von einer besonderen familiären Disposition, zum Teil von ungünstigen äußeren Versältnissen abhängig. Die Kinder sind tuberkulös infiziert, aber für die Prognose soll man bedenken, daß die tuberkulösen Herde mit zunehmendem Alter immer häufiger als Nebenbefunde bei Sektionen erscheinen.

Grätzer.

L. Schaps (Friedenau-Berlin), Salz- und Zuckerinjektion beim Säugling. (Berliner klin. Wochenschrift. 1907. Nr. 19.) Die im

Kinderasyl der Stadt Berlin an Säuglingen gemachten klinischen Erfahrungen, daß unter gewissen Umständen die Verabreichung von Kohlehydraten, Mehl oder Zucker, in der Nahrung Fieber hervorzurufen imstande ist, bildeten die Veranlassung zu subkutanen Infusionsversuchen mit verschiedenen Zuckerarten.

Das Resultat derselben ist, daß Trauben- und Milchzucker, in isotonischen Lösungen infundiert, beim Säugling im Gegensatz zu den mitgeteilten Beobachtungen am erwachsenen Menschen eine typische Fieberreaktion hervorrufen. Die Stärke der Fieberreaktion ist abhängig von der Anzahl der eingeführten Zuckermoleküle d. h. um eine gleiche Reaktion auszulösen, muß vom Milchzucker eine etwa zweimal so große Menge wie vom Traubenzucker infundiert werden, entsprechend dem zweimal so hohen Molekulargewicht des Milchzuckers gegenüber dem des Traubenzuckers. Bei der Injektion hyper-, iso- und hypotonischer Lösungen zeigen sich keine wesentlichen Unterschiede, sofern gleichgroße Zuckermengen injiziert werden. Bei fortgesetzten Injektionen schwächt sich die Temperaturreaktion immer mehr ab, um schließlich ganz zu erlöschen, ähnlich einem Immunisierungsvorgang. Ebenso wie Zuckerinfusionen erzeugten aber auch subkutane Infusionen von physiologischer Kochsalzlösung Fieber. Diese Reaktionen verhalten sich im wesentlichen ebenso wie die nach Zuckereinverleibung auftretenden. Eine Ausnahme von diesem Verhalten konnte an in klinischem Sinne wasserverarmten Individuen konstatiert werden, bei diesen fehlte die Temperaturreaktion.

Die Einwirkung der Infusionen auf den Status des Kindes muß als eine schädliche bezeichnet werden. **Autoreferat.**

L. Meyer (Berlin), Ein Fall von angeborener, einseitiger, isolierter Spaltbildung im oberen Augenlid (Blepharoschisis). (Berl. klin. Wochenschrift. 1907. Nr. 20.) M. hatte Gelegenheit, einen $2^1/_2$ jährigen Patienten zu operieren, der mit einem etwa $^3/_4$ cm hohen und $^1/_2$ cm breiten Kolobom im linken, oberen Augenlid geboren ist, während sein Gesicht sonst weiter keine Deformität aufweist. Der Defekt war von dreieckiger Form, und zwar so, daß die Basis des Dreiecks im Ziliarrande, seine Spitze etwa bis zur Mitte des Lides in der Richtung auf den Orbitalrand zu gelegen war. Seine Ränder waren nicht mit Zilien besetzt.

Die in Äthernarkose vorgenommene kleine Plastik wurde genau analog der von Malgaigne angegebenen Auffrischung und Naht bei der Hasenscharte ausgeführt und war in 8 Tagen primär geheilt. **Grätzer.**

Offergeld (Marburg), Zur Behandlung asphyktischer Neugeborener mit Sauerstoffinfusionen. (Zentralblatt f. Gynäkologie. 1906. Nr. 52.) Nach kurzer Kritik der gebräuchlichen Wiederbelebungsmittel beim sogenannten weißen Scheintode der Neugeborenen berichtet Verf. über Versuche, durch Zuführung von Sauerstoff in konzentriertester Form neben einem intensiven Reiz auf die Zentralorgane dem nötigen O-Bedarf des Neugeborenen Rechnung zu tragen. In das Lumen der zentral gelegenen Vena umbilicalis werden mittels einer Spritze ca. 10—12 ccm Sauerstoff in den kindlichen Kreislauf

gebracht; dabei ist große Vorsicht nötig, die Injektion muß äußerst langsam erfolgen, um eine akute Herzdilatation zu vermeiden, die sofort zum Herzstillstand führen würde.

O. hat unter 12 Kindern, bei denen er diese Methode erprobt hat, 9 Todesfälle, darunter 2 mal enorme Herzdilatation erzielt; nur 3 Kinder blieben am Leben, doch konnte „eine direkte günstige Beeinflussung der Atemtätigkeit kein einziges Mal beobachtet werden."

Wegscheider.

Seitz (München), Einige Bemerkungen zu Offergelds Aufsatz: „Zur Behandlung asphyktischer Neugeborener mit Sauerstoffinfusionen". (Zentralblatt f. Gynäkologie. 1907. Nr. 6.) S. entwickelt unter Hinweis auf seine ausführliche Arbeit über den Scheintod des Neugeborenen in von Winckels Handbuch der Geburtshilfe (Bd. III, Teil 3. S. 134) die Lehre von der direkten Sauerstoffinfusion beim asphyktischen Neugeborenen historisch und theoretisch. Offenbar kommt ihm in der praktischen Ausübung dieses Verfahrens die Priorität zu. Auf Grund von 6 genau beobachteten Fällen mit negativem Erfolge hat auch S. diese Methode als zwecklos und zu gefährlich wieder verlassen.

Wegscheider.

Heymann, Ein Fall von vereiterter Vaginalzyste bei einem 12 jährigen Mädchen. (Zentralbl. f. Gynäkologie. 1907. Nr. 5.) In der Privatfrauenklinik von Dr. Schütze in Königsberg i. Pr. kam vor 3 Jahren ein Fall von ca. hühnereigroßer, sehr hoch liegender, vereiterter Scheidenzyste zur Beobachtung und operativen Heilung, der bei einem 12 jährigen, seit $1^1/_2$ Jahren regelmäßig menstruierten Mädchen „heftige klinische Symptome" machte und erhebliche diagnostische Schwierigkeiten bot. Der eingehenden Beschreibung des Verlaufes sowie des Präparates fügt Verf. den üblichen Literaturauszug bei und stellt ätiologische Beobachtungen an. Er nimmt mit Freund die Entstehung aus dem Müllerschen Gang an und empfiehlt in therapeutischer Hinsicht Einnähung oder Exstirpation des Zystensackes. „Von beiden Methoden mußte im vorliegenden Falle wegen der allerseits sehr festen Adhäsion Abstand genommen werden."

Wegscheider.

Ernst Runge, Beitrag zur Anatomie der Ovarien Neugeborener und Kinder vor der Pubertätszeit. (Archiv für Gynäkologie. Bd. 80. Heft 1.) Verf., Assistent an der Charitéfrauenklinik Bumms, hat 50 Paar Ovarien aus den verschiedensten Altersstufen in Serienschnitten untersucht und teilt nach einer kurzen historischen Übersicht über die bisherigen Befunde die Resultate seiner Untersuchung mit. Das wichtigste derselben ist, daß „Wachstums- und Reifungserscheinungen an den Follikeln ein ganz allgemein in den Ovarien Neugeborener und Kinder der ersten Lebensjahre zu erhebender Befund, eine physiologische Erscheinung sind. Alle diese Vorgänge, von denen man bisher glaubte, daß sie sich der Regel nach in den Ovarien erst zur Pubertätszeit oder kurz vor derselben zeitlich nebeneinander abspielen, treten also normalerweise chronologisch nacheinander schon bei Föten, Neugeborenen und Kindern in den ersten Lebensjahren auf."

Im einzelnen fand R., daß die Ovarien vor dem normalen Ende der Gravidität nur hin und wieder Wachstumserscheinungen an den Follikeln erkennen lassen. Bei ausgetragenen Neugeborenen sind diese schon als Regel aufzufassen. Im ersten Lebensjahre finden sich schon in allen Fällen wachsende Follikel von recht beträchtlichen Größenmaßen; öfters treten zystische Bildungen zutage, und einmal konnten schon typische Corpora albicantia beobachtet werden. Im 2. Lebensjahre sind ebenfalls immer wachsende Follikel mit Eiern vorhanden, die schon Reifungserscheinungen aufweisen, ferner typische Follikularzysten und Corpora albicantia. Im 3. Lebensjahre finden sich weit in der Ausbildung vorgeschrittene und andererseits schon wieder zystisch degenerierte oder in Corpora albicantia umgewandelte Follikel. Die Primordialfollikel schwinden an Zahl, und das Stroma ovarii nimmt das Aussehen von dem in Ovarien Erwachsener an. In den weiteren Lebensjahren schreiten diese Verhältnisse in demselben Grade weiter vor, die Ovarien gleichen außer in den Größenverhältnissen fast ganz denen Erwachsener.

Bei einem ausgetragenen Neugeborenen fand Verf. sogar einmal ein typisches Corpus luteum, doch hält er die völlige Reifung und das Platzen der Follikel in diesem Alter für eine Ausnahme; für gewöhnlich wandeln sich die Follikel allmählich durch Wucherung der Theca interna in Corpora albicantia um, oder sie degenerieren zystisch und stellen dann die sogen. Follikularzysten dar. Auf Grund seiner weiteren Befunde ist Verf. mit Gebhard der Ansicht, daß sowohl die epithelhaltigen als auch die epithellosen Zysten der Degeneration von Follikeln ihre Entstehung verdanken, vorausgesetzt natürlich, daß nicht Exkreszenzen, leistenartige Vorsprünge, Wucherungen des Epithels usw. vorhanden sind, die für ein Neoplasma sprechen.“ Eine genaue Beschreibung der mikroskopischen Bilder (ohne bildliche Wiedergabe derselben) beschließt die fleißige Arbeit.

Wegscheider.

A. Gottstein, Zur Statistik der Totgeburten seit 200 Jahren. (Zeitschr. f. soziale Medizin. März 1906. Bd. 1.) Verf. hat ältere und neuere Schriften von Breslauer und Berliner Statistikern (zu letzteren zählt er bekanntlich selbst) verglichen und kommt zu folgenden lehrreichen Ergebnissen: „Seit dem Bestehen zahlenmäßiger Grundlagen (Ende des 17. Jahrhunderts) sind eine Reihe von Eigentümlichkeiten unverändert geblieben: das Überwiegen der Sterblichkeit bei den Knaben und die größere Totgeburtenziffer bei den Unehelichen. Bis in die neuste Zeit scheint die Sterblichkeit auf dem Lande geringer gewesen zu sein. . . . Die Anzahl der Totgeburten überhaupt ist bis ca. 1870 ungleichmäßig, im ganzen aber nur unerheblich herabgegangen. Seit dieser Zeit aber ist die Abnahme eine stetige und ganz erhebliche für Knaben und Mädchen, eheliche und uneheliche geworden.“ Gründe dafür sind die bessere geburtshilfliche Versorgung durch Erhöhung der Zahl der Hilfskräfte (Hebammen) und ihre bessere Ausbildung, Hebung der Kultur, Abnahme der Geburten überhaupt. „Im ganzen ist die Abnahme der Totgeburten seit dem letzten Drittel des 19. Jahrhunderts eine Teilerscheinung der auch

für fast alle anderen Altersklassen beobachteten Abnahme der Verluste durch den Tod.“ Wegscheider.

Gerdes, Zur operativen Behandlung des muskulären Schiefhalses. (Zentralbl. f. Chir. 1907. Nr. 6.) G. empfiehlt für die Behandlung des muskulären Schiefhalses neben der Myotomie des Kopfnickers die Durchschneidung des Scalenus anticus.

Fingerbreit über der Clavicula wird ein 5—6 cm langer Querschnitt angelegt, welcher über der Sehne der Sternalportion beginnt. Nachdem zunächst beide Kopfnickerstränge nahe ihrem Ursprung offen durchschnitten und auch die hinter ihnen liegende Halsfaszie bis zur völligen Freilegung der Vena jugularis durchtrennt worden ist, wird mit einem Wundhaken der untere Bauch des M. omohyoideus nach oben außen, mit einem zweiten die Vena jugularis nach innen gezogen. Im Operationsfelde liegen nunmehr die Scaleni frei. Man erkennt deutlich die schräg über den Scalenus anticus von oben außen nach unten innen verlaufenden Nervus phrenicus als weißen Strang. Nach außen gibt der Plexus brachialis, der den Scalenus medius bedeckt, die Begrenzung. Unter sorgfältiger Schonung des N. phrenicus, des Plexus und der Jugularis wird der Scalenus anterior stumpf isoliert und auf einem Elevatorium oder auf einer breiten Deschampsschen Nadel kurz oberhalb der Arteria subclavia, die er bedeckt, durchtrennt. Die Durchtrennung ist leicht ausführbar und von einem deutlichen Krachen begleitet. In der Tiefe der Wunde ist der Querfortsatz des 7. Halswirbels zu fühlen. Eine etwa vorhandene Cervicalskoliose ist nach der Durchschneidung beseitigt. Die kleine Wunde wird zunächst 48 Stunden lang tamponiert und soll dann durch Granulation heilen. Vom 4. Tage ab beginnt G. mit passiven und aktiven Bewegungen, die je nach Bedarf 3—6 Wochen fortgesetzt werden. Von Stützkravatten, fixierenden oder redressierenden Verbänden sieht G. vollständig ab.

G. hat das Verfahren seit 1897 bisher in 11 Fällen mit bestem Erfolg zur Anwendung gebracht. Joachimsthal.

Theophil Dieterle, Die Athyreosis, unter besonderer Berücksichtigung der dabei auftretenden Skelettveränderungen, sowie der differentialdiagnostisch vornehmlich in Betracht kommenden Störungen des Knochenwachstums. (Untersuchungen über Thyreoaplasie, Chondrodystrophia foetalis und Osteogenesis imperfecta.) (Virchows Archiv. Bd. 184. Heft 1.) Auf Grund der Untersuchung eigener Fälle und von Experimenten kommt D. zu folgenden Schlüssen: „Die kindliche Schilddrüse ist für die Entwicklung des Skelettes während des Fötallebens entbehrlich. Die Folgen des angeborenen Schilddrüsenmangels für das Knochenwachstum treten ungefähr zur Zeit der Geburt auf und können durch die Anwesenheit der Epithelkörperchen nicht verhindert werden. Die Wachstumshemmung beruht auf einer gleichmäßigen Verzögerung der endochondralen und periostalen Ossifikation und führt zu proportioniertem Zwergwuchs. Die Form- und Größenverhältnisse des Skeletts entsprechen ungefähr denen eines gleichlangen, normalen Kindes; die feinere Struktur dagegen nähert sich der des erwachsenen Skeletts.

Die Störung des Knochenwachstums ist eine der ersten und regelmäßigsten Teilerscheinungen der athyreotischen Kachexie, d. h. einer dem senilen Marasmus ähnlichen allgemeinen Ernährungsstörung, und beruht auf einem Nachlassen der Blut- und knochenbildenden Tätigkeit des Markes. Die Knochenveränderungen sind nicht prävalierend, sondern nur ein Ausdruck der Schädigung sämtlicher am Knochenwachstum beteiligter Gewebe; sie spielen also nicht die maßgebende Rolle bei der Wachstumshemmung, die ihnen die Hofmeistersche Theorie zuschreibt. Keine Form fötaler Skeletterkrankung kann auf Störung der Schilddrüsenfunktion zurückgeführt werden. Die Wachstumshemmung betrifft nicht, wie bei der Athyreosis, alle am Aufbau des Knochensystems beteiligten Gewebe gleichmäßig, sondern es liegt bei der Chondrodystrophie eine primäre Veränderung des Knorpels, bei der Osteogenesis imperfecta eine Funktionsstörung des Periosts und Endosts vor. Der aus diesen beiden pathologischen Prozessen resultierende Zwergwuchs stellt den mehr oder weniger ausgeprägten Typus der Mikromelie dar."

Bennecke (Jena).

Veszprémi, Beiträge zur Histologie der sogenannten „akuten Leukämie". (Virchows Archiv. Bd. 184. Heft 2.) V. teilt 3 Fälle mit, die er auf Grund des übereinstimmenden Resultates der histologischen Untersuchung als „akute Leukämie" bezeichnet. Der erste Fall betraf eine 43jähr. Frau, die wegen tertiärer Lues behandelt wurde, geschwürige Prozesse auf der einen Tonsille und diffus verbreitete Hautblutungen erkennen ließ. Bei der Blutuntersuchung fanden sich 500000 Leukozyten, darunter in überwiegender Menge (86 %) große unilokuläre Leukozyten. Der zweite Fall, der erst bei der Sektion als hierher gehörig erkannt wurde, betraf ein 2jähr. Mädchen, das im Halse und auf der Haut ähnliche Veränderungen wie Fall 1 erkennen ließ und als Diphtherie behandelt wurde. Der dritte, als Typhus behandelte Fall wurde bei einer 25jähr. Frau beobachtet. Wenn auch die Sektion die makroskopische Diagnose Typhus zu bestätigen schien, so fanden sich doch mikroskopische Veränderungen, die die Zugehörigkeit zu den beiden ersten Fällen gerechtfertigt erscheinen lassen. In allen Fällen fanden sich im Blute eigentümlich große unilokuläre Leukozyten, als deren Hauptbildungsstärke das Knochenmark nachgewiesen wurde. In diesem konnte die selbständige und bedeutende, die sonstigen Knochenmarkselemente vollkommen überwuchernde Vermehrung der genannten Zellen nachgewiesen werden, wobei auf Grund des histologischen Bildes nicht von einer lymphatischen oder lymphoiden Umgestaltung gesprochen werden konnte. Vor allem konnte kein retikuläres Gewebe nachgewiesen werden, sondern nur fleckweise reichliches, ein Retikulum vortäuschendes Fibrin. Auch in den übrigen Geweben bzw. Organen konnten diese Zellen produzierende Herde nachgewiesen werden, allerdings nicht so reichlich wie im Knochenmark. Überall fanden sich in wechselnder Menge Mitosen an diesen Zellen. Die Natur dieser Zellen, die nach V.s Ansicht aus dem Knochenmark verschleppt sich im Blute und in den Geweben vermehren können, ist wie auch die ganze Erkrankung selbst noch gänzlich unklar. Er

neigt, nicht zuletzt wegen des Nachweises wirklicher Mengen von Fibrin im Knochenmark, der Ansicht zu, daß es sich um einen besonderen entzündlichen Prozeß handelt. Bennecke (Jena).

Paul Karpa, Zwei Fälle von Dünndarmatresie. (Virchows Archiv. Bd. 185. Heft 2.) Der erste Fall betraf ein 4 Tage altes Kind, welches am letzten Tage schwärzliche Massen erbrochen hatte. Das Duodenum war 4,5 cm hinter dem Pylorusring vollkommen verschlossen, endete blind und wies am blinden Ende einen Gallengang auf, sowie ein Geschwür. Von dem Mittelstück des Duodenums fand sich nichts, nicht einmal ein fibröser Rest. Das Duodenum beginnt vielmehr erst wieder mit dem Einsatz des Ductus choledochus, der die typische Papille bildete. Der Befund wird als durch fötale Mißbildung entstanden erklärt; die Mißbildung des Darmes soll die Ursache der Teilung des Ductus choledochus gewesen sein.

Der zweite Fall betraf ein 3 Tage altes Kind, das seit der Geburt keinen Stuhlgang, auch nicht auf Einlauf gehabt hatte; per anum waren nur wenig weißlich-schleimige Massen abgegangen; wiederholt war Meconium erbrochen. Am zweiten Lebenstage Operation, bei der sich zwei blinde Darmenden im Gebiete des Duodenum fanden, die gänzlich voneinander getrennt waren; der zuführende Teil war mächtig durch Meconium gedehnt. Bei der Operation wurde der zuführende Teil entleert und eine Enteroanastomose gemacht. In diesem Falle wird als Ursache des Befundes eine in früher Embryonalzeit entstandene Invagination des Dünndarms angenommen. Eingehende Literaturbesprechung. Bennecke (Jena).

L. Bleibtreu, Scheinbare Makrochilie bei Hysterie. (Aus dem evang. Krankenhause in Köln.) (Münch. med. Wochenschrift. 1907. Nr. 6.) Bei einem 13jähr. Mädchen besteht seit etwa $^1/_4$ Jahr eine eigenartige Veränderung an den Lippen. Dieselben erscheinen stark aufgeworfen und verdickt, wodurch der Mund Ähnlichkeit mit einem Schweinerüssel hat. Man dachte beim ersten Anblick an eine entzündliche Affektion, aber erkannte bald, daß ein nervöses Leiden vorlag. Keine Schrundenbildung, keine entzündliche und ödematöse Schwellung. Muskulatur der Lippen bretthart anzufühlen. Es lag eine Kontraktur derselben vor auf hysterischer Basis. Deutliche hysterische Stigmata zu konstatieren: totale rechtsseitige Hemianästhesie, Störungen des Muskelsinnes rechterseits, rechts ferner Aufhebung der Geschmacksempfindung und des Geruchsinnes, endlich rechts völlige Taubheit. Sonstige Kontrakturen fehlen. Die Diagnose wurde durch den weiteren Verlauf bestätigt. Bei faradischer und hydriatrischer Behandlung, kräftiger Ernährung usw. schwand nach einigen Wochen die Kontraktur vollkommen. Grätzer.

Seefelder (Leipzig), Zur Prophylaxe der Blennorrhoe der Neugeborenen. (Münch. med. Wochenschrift. 1907. Nr. 10.) S. hat in den Monaten März bis Mai 1905 im ganzen 500 neugeborene Kinder in der Universitäts-Frauenklinik einer Augenuntersuchung unterzogen und dabei das Verhalten der Augen gegenüber den eingeträufelten Lösungen — Argent. acet. 1 % rechts und Argent. nitr. 2 % links — sorgfältig beobachtet. In keinem der mit Argent. acet.

behandelten Fälle trat ein Reizzustand auf, der zu den geringsten Besorgnissen Veranlassung gegeben hätte. Wir besitzen in dem Argent. acet. ein Mittel, welches in Bezug auf Intensität und Milde der Wirkung dem Argent. nitric. nicht nachsteht, vor diesem aber den großen Vorzug hat, auch wenn eine Verdunstung stattfindet, seine Konzentration nicht zu verändern, also unter allen Umständen unschädlich zu bleiben. Grätzer.

P. Krömer, Operative Heilung eines Anus anomalus vulvovestibularis bei einem Säugling. (Aus der Univers.-Frauenklinik zu Gießen.) (Münch. med. Wochenschrift. 1907. Nr. 10.) K. operierte mit recht schönem Erfolg ein 7 1/2 Wochen altes Mädchen. Über die Einzelheiten der Operation muß die Originalabhandlung, die auch drei anschauliche Bilder bringt, nachgelesen werden. Grätzer.

Colombo, Die Solidarität der verschiedenen physikalischen Behandlungsmethoden bei einer rationellen Therapeutik. (Zeitschr. f. physikal. u. diätet. Therapie. Bd. 9. Heft 12.) Der Verf. tritt dafür ein, daß die praktische Anwendung der physikalischen Therapie auf einer einheitlichen Basis organisiert wird. Dazu sind Institute nötig, die mit allen modernen Einrichtungen versehen sind. Die Hydrotherapie muß durch einen Saal mit Druckduschen vertreten sein, der mit allen Apparaten ausgerüstet ist, die zur Anwendung von allgemeinen und lokalen Duschen, verschiedener Art und Strahlen nötig sind. Für die Bewegungstherapie sollen Kabinette für manuelle Massage vorhanden sein, ferner ein Saal für mediko-mechanische Gymnastik und Hydrotherapie. Die Elektrotherpie verlangt das Vorhandensein elektrodynamischer Apparate für alle möglichen Ströme und elektrische Bäder. Sodann müssen Röntgenkabinette vertreten sein, ferner die für Wärmetherapie nötigen Hilfsmittel, pneumatische Kabinette sowie balneotherapeutische Agentien.

Freyhan (Berlin).

Pregowski, Über schlafbefördernde Wirkung des vorgewärmten Bettes. (Zeitschrift f. physikal. u. diätet. Therapie. Bd. 10. Heft 11.) Der Verf. hat, gestützt auf die Tatsache, daß Wärmflaschen im Bett bei schwer einschlafenden Kindern eine schlafbefördernde Wirkung ausüben, versucht, zum Zwecke einer besseren Schlaferzielung eine Vorwärmung des Bettes vorzunehmen. Er erzielte sehr gute Resultate; am besten gingen die Versuche vor sich, wenn das Bett vor dem Zubettgehen der Versuchsperson fühlbar warm gemacht wurde, und der Grad der Erwärmung zuerst allmählich herabgesetzt und später wiederum etwas gesteigert wurde. Bei einer zu großen Erwärmung des Bettes war die Wirkung ungünstig. Die Versuchspersonen schliefen dann nicht, schwitzten, wurden aufgeregt und bekamen Kopfweh. Am besten erwies sich eine Anfangstemperatur von 40° C. im Beginn und eine Temperatur von 35° C. nach Eintritt des Schlafes. Freyhan (Berlin).

Schalenkamp (Crombach), Ein Fall von Vergiftung mit dem Safte der Schoten von Cytisus Laburnum (Goldregen). (Therap. Monatshefte. Januar 1907.)

Ein 2jähr. Kind, zu dem S. mittags um 1 Uhr gerufen wurde, hatte vormittags im Garten gespielt und zwischen 11 und $^1/_2$ 12 Uhr die Schoten angenagt. Um 12 Uhr beim Mittagessen wollte es nichts genießen und wurde schläfrig. Es stellte sich jetzt heraus, was das Kind im Garten getan hatte, und man fand auch fünf angenagte Schoten. Das Kind erhielt süße warme Milch, worauf etwas Erbrechen erfolgte. Sein Aussehen veränderte sich aber bedrohlich. Als S. es um 1 $^1/_4$ Uhr sah, war es völlig bewußtlos. Kornealreflex erloschen, Pupillen maximal dilatiert, Puls 88, klein, flatterig, Atmung groß, in Absätzen, hin und wieder im Cheyne-Stokesschen Typus, Temperatur subnormal, Haut kalt, klebrig. Sofort Magenspülung; es kam nur Schleim. Frottierung des Körpers mit Alkohol, innerlich Tokayer und heißer Kaffee. Pupille jetzt stecknadelkopfklein, Atmung röchelnd, tiefste Bewußtlosigkeit. Es wurde jetzt mit dem Magenschlauch eine Aufschwemmung groben Lindenkohlenpulvers eingegossen. Nach 5 Minuten kolossales Erbrechen mit Entleerung kopiöser Schleimmassen und Speiseresten. Das Erbrechen wiederholte sich noch 6 mal. Gleichzeitig mehrfache Darmspülungen, Lagerung zwischen Wärmflaschen, Frottierung mit Alkohol, intern Tokayer und Kaffee. Um 4 Uhr Pupille wieder halb in Dilatation, Puls 108, kräftiger, Haut warm, Atmung nicht mehr röchelnd, nicht aussetzend, regelmäßig. Um 5 Uhr wieder Erbrechen, worauf das Kind schreit. In der Nacht guter Schlaf. Am andern Morgen verlangt Patient Nahrung. Es bleibt Magenreizbarkeit bestehen, sowie ein leichter, fieberhafter Bronchialkatarrh; beides verschwand in 8 Tagen.

Der Fall zeigt die immense Giftigkeit des Goldregens bzw. seines Giftes, des Cytisins. Das Kind hatte nur etwa so viel wie eine weiße Bohne genossen. S. schreibt den günstigen Ausgang der irritierenden Wirkung der Lindenholzkohlepartikelchen zu. Husemann empfiehlt Holzkohle zur Absorption des Cytisins; aber sie scheint doch nur dadurch zu wirken, daß sie kolossales Erbrechen hervorruft und so große Giftmengen entfernt. Jedenfalls müßte, wenn man den Goldregen nicht ganz ausrottet, jeder Besitzer auf die immense Vergiftungsgefahr aufmerksam gemacht werden. Grätzer.

Sylla (Bremen), Behandlung diphtherischer und blennorrhoischer Erkrankungen des Auges. (Therap. Monatshefte. März 1907.) S. teilt die Erfahrungen mit, die er bei diphtherischen Augenentzündungen mit heißen $^1/_5$ % igen Höllensteinlösungen gemacht hat. Diese Therapie hat sich hier ausgezeichnet bewährt, ebenso wie bei jenen Fällen von Conjunctivitis blennorrhoica, die mit brettharter Infiltration der Lider und profuser Sekretion einhergehen. Grätzer.

L. Langstein, Bemerkungen zur Diagnose und Behandlung der Cystitis und Pyelitis im Kindesalter. (Therapeut. Monatshefte. Mai 1907.) L. betont vor allem, daß die Prävalenz der Allgemeinerscheinungen bei Mangel lokaler Symptome bei einem großen Teil der Fälle von Cystitis und Pyelitis im Kindesalter — insbesondere bei denen, die Säuglinge betreffen — die Harnuntersuchung bei unaufgeklärten Krankheitszuständen im Kindesalter unerläßlich macht. Unruhe, Blässe, Mattigkeit, Appetitlosigkeit sind oft die einzigen Symptome, fortwährendes Kränkeln, mangelnde Gewichtszunahme, verdrießliche Stimmung, vor allem aber unaufgeklärte Fieberzustände sollen den Arzt veranlassen, eine genaue Harnuntersuchung vorzunehmen.

Von Medikamenten bei der Behandlung bevorzugt L. das Urotropin; Säuglingen gibt er von einer Lösung von 1—3 g in 100 g Wasser 3 mal täglich 10 ccm in Milch, älteren bis 1,5 g pro die.

Recht wirksam ist auch Salol; bei Säuglingen reicht er es 4 mal täglich zu 0,1—0,3 g, bei älteren Kindern zu 4 mal à 0,5. Besonders die Abwechselung zwischen den beiden Mitteln ist recht zweckmäßig.

Grätzer.

Schweckendieck (Lauenau). Ein Fall von traumatischem Diabetes mellitus. (Allgem. med. Central-Ztg. 1907. Nr. 1.)

Am 15. Oktober bekam ein 6 jähr. Kind einen Fußstoß in die Nabelgegend und lag 10 Minuten mit großen Schmerzen am Boden. In der Nacht kolossaler Durst und große Mengen Urin. Tags darauf fand S. bei dem bis dahin gesunden Kinde: Blässe des Gesichts, Kälte der Extremitäten, Puls 60, Temp. 37,1°. Leib in der Nabelgegend und rechts von ihr empfindlich: Öfters Erbrechen. Harn spez. Gewicht 1020, frei von Eiweiß und Zucker (Nylander).

Am 19. Oktober Harn spez. Gewicht 1030, $4^{3}/_{4}\%$ Zucker, viel Azeton.

Am 22. Oktober — die Symptome hatten bis dahin angehalten — Koma mit großer Atmung, Entleerung von schwarzem Blut mit dem Stuhlgang, einige Stunden später Exitus.

Es hatte entweder Blutung und ausgedehnte Nekrose des Pankreas oder eine Splanchnikus-Affektion vorgelegen. Am 2. Tage, wo im Harn Zucker nicht gefunden wurde, handelte es sich vielleicht um unvollständige Spaltungsprodukte des Zuckers, welche auf Nylanders Reagens nicht reagierten.

Grätzer.

Aust (Nauen), Schule und Infektionskrankheiten. (Ärztl. Sachverständigen-Ztg. 1907. Nr. 3.) Nach seinen Erfahrungen hat die Schule einen sehr starken Einfluß auf die Verbreitung der Infektionskrankheiten, so daß er es für eine unabweisbare Pflicht jedes Medizinalbeamten hält, alle gesetzlichen Mittel zur Unschädlichmachung dieses Hauptinfektionsherdes den Behörden in Vorschlag zu bringen. Zu diesen Mitteln gehört in erster Linie die rechtzeitige d. h. frühzeitige Schulschließung.

Grätzer.

Daae, Primäre Ohrendiphtherie. (Zeitschr. f. Ohrenheilk. Bd. 52. Heft 3.) Noch seltener als die sekundäre Otitis media acuta diphtherica sind die Fälle primärer Ohrdiphtherie. Den zwei bis jetzt in der Literatur bekannten schließt sich der vorliegende als dritter an. Ein 11 jähr. Knabe erkrankte mit rechtsseitigen heftigen Ohrschmerzen, die einige schlaflose Nächte verursachten. Die Untersuchung ergab eine Injektion und Vorwölbung des rechten Trommelfelles, der Warzenfortsatz war an der Spitze druckempfindlich. Nach Parazentese in Chloroformnarkose und Einträufeln von 10% Karbolglyzerin trat keine Besserung ein. Eitriger Ausfluß aus dem Ohr bestand nicht, es entleerte sich nur eine dünne, mit Blut gemischte seröse Flüssigkeit nebst einigen grau-weißen Fäden und Häutchen aus dem Gehörgang. Die bakteriologische Untersuchung der Membranen ergab Diphtheriebazillen. Kulturen vom Schleim der Nase und des Pharynx ergaben Kokken. Im Verlauf der Erkrankung wurde die Aufmeißelung des Processus mastoideus notwendig, auch in den Cell. mast. fanden sich zerfetzte Membranen. Es trat Heilung ein. Daß es sich in diesem Falle um primäre Ohrdiphtherie handelte, zeigt der Umstand, daß sich nur im Ohr klinische und bakterielle Symptome der Diphtherie fanden.

A. Sonntag (Berlin).

Koellreutter, Die Schwerhörigkeit der Neugeborenen als reine Störung im schallzuleitenden Teile des Ohres. (Zeitschr. f. Ohrenheilkd. 1907. Bd. 53. 2. u. 3. Heft.) Zur Sicherstellung der Frage, ob die Schwerhörigkeit von Kindern bis zum Alter von 14 Tagen auf die eigentümliche Beschaffenheit des schallzuleitenden Apparates allein, oder auf eine noch mangelhaft entwickelte Perzeptionsfähigkeit des schallempfindenden Teiles des Ohres zurückzuführen ist, untersuchte Verf. 20 neugeborene Kinder mit den Stimmgabeln der Bezoldschen Tonreihe Subkontra C, c^2, c^3 und dem Ton der Galtonpfeife c'^6. Außerdem benutzte er als Schallquelle noch das sog. Cricri. Die Versuche wurden so ausgeführt, daß weder auf optischem noch taktilem Wege das Kind ein Reiz treffen konnte; eine eventuelle Reaktion des Kindes, die sich durch blitzartiges Zucken der Augenlider und Stirnrunzeln bemerkbar machte, wurde aus der Übereinstimmung von mindestens drei anwesenden Personen konstatiert. K. kam nun zu folgenden Resultaten: das Cricri löste bei allen Kindern auch schon einige Stunden nach der Geburt stets eine deutliche Reaktion aus. Der Ton c^6 der Galtonpfeife löste ebenfalls bei allen Kindern 24 Stunden post partum eine deutliche Reaktion aus, diese blieb jedoch bei $^1/_4$ aller Kinder im Alter von 2—14 Tagen aus. Die tieferen Töne, Subkontra C, c^2 und c^3 lösten niemals eine Reaktion aus. Gerade die stets beobachtete Reaktion auf den Ton c^6 am ersten Lebenstage beweist nach den heutigen Anschauungen die Reizbarkeit des Akustikus, während das Nichthören der benutzten tiefen Töne auf eine Störung im schallzuleitenden Teile des Ohres zurückzuführen ist, für die ja auch die anatomische Grundlage gegeben ist. A. Sonntag.

W. Junge, Ein Fall von Angiosarkom (Peritheliom) am Halse bei einem 7 Monate alten Kinde. (Inaug.-Diss. Kiel 1906.) Es handelt sich um eine hühnereigroße, gelappte, wie ein Lipom sich anfühlende Geschwulst im rechten unteren Halsdreieck, den Raum zwischen Clavicula, Trapezius und Sternocleidomastoideus ziemlich ausfüllend. Die Längsachse läuft parallel mit der Clavicula, etwa 10—12 cm lang, ca. 5—6 cm breit; die Geschwulst anscheinend nicht schmerzhaft, verschieblich, aber nicht ganz angreifbar. Ca. 4 Wochen nach der Geburt war die Geschwulst walnußgroß. Der Arzt suchte sich durch Punktionen über den Inhalt des Tumors zu orientieren, doch war ihm die pathologisch-anatomische Bedeutung des Tumors unklar geblieben. Injizierte Lugolsche Lösung wurde regurgitiert. Beim Schreien wurde das Kind auffallend zyanotisch. Auf Druck Verkleinerung des Tumors, beim Nachlassen elastische Erweiterung, beim Schreien keine Vergrößerung. Exstirpation des Tumors durch Helferich bis auf einen 2—3 cm langen an der Grenze von mittlerem und äußerem Drittel der Clavicula nach unten gegen die Subclavia gehenden Zapfen, dessen Ende nicht zu fühlen ist. Auf Grund der mikroskopischen Untersuchung und der Vergleichung der Bilder mit den Beschreibungen und Abbildungen bei Dürck, Borst, Ribbert und Ziegler gelangt Verf. dazu, den Tumor als ein Peritheliom zu bezeichnen, gleichzeitig aber auch zu dem Urteil, daß es sich um einen nicht immer gutartig bleibenden Tumor handeln dürfte. Ist es schon nicht ausgeschlossen, daß der zurückgelassene Rest, durch die

Operation angeregt, in ein expansives Wachstum übergeht, das zu bedrohlichen Erscheinungen durch Druck auf lebenswichtige Organe führen kann, so ist bei den im allgemeinen gutartigen endothelialen Geschwülsten nicht selten mit hartnäckigen lokalen Rezidiven zu rechnen, wenn man von der selteneren Möglichkeit absieht, daß ein Jahr lang gutartig verlaufenes Endotheliom plötzlich ein rascheres Wachstum, Zerfall, Metastasenbildung, kurz alle Erscheinungen einer höchst bösartigen Geschwulst zeigt. Aus all diesen Gründen bezeichnet Verf. die Prognose trotz Operation als zweifelhaft. Bei der Seltenheit der Endotheliome im Säuglingsalter hat Verf. die Literatur einer Durchsicht unterzogen aber nur 3 Fälle gefunden, von denen jedoch nur einer einer genauen Kritik standhält; er betraf ein 16 Monate altes Kind.

H. Netter (Pforzheim).

E. Kalb, Über einen Fall von idiopathischer Herzhypertrophie bei einem 6 Monate alten Kinde. (I.-D. München 1906.) Es handelt sich um eine angeborene idiopathische Herzhypertrophie mit Dilatation bei einem 6 Monate alten Knaben, für die weder anamnestisch noch durch den Sektionsbefund ein genügender Grund gefunden wurde. Vielleicht, daß durch die bei der Sektion gefundene Vergrößerung der Thymus der Raum im Thorax verringert wurde, und daß es dadurch zu einer Kompression der Lunge bzw. der Gefäße kam und so Widerstände für die Zirkulation des Blutes entstanden, die eine Herzhypertrophie zur Folge hatten. Jedenfalls geht aus dem mitgeteilten Sektionsprotokoll und aus der mikroskopischen Untersuchung der betreffenden Organe hervor, daß eine Klappenerkrankung, eine Nierenerkrankung und eine Degeneration des Herzmuskels ausgeschlossen werden können. Eine ärztliche Untersuchung hatte intra vitam nicht stattgefunden. Das Kind war nach Aussage der Mutter ein krankes gewesen, die Vergrößerung des Herzens hatte keine bemerkbaren Symptome gemacht. Einige Tage vor dem Tode hatte das Kind einen leichten Husten bekommen, am Abend vor dem Tod sollte es noch ganz munter gewesen sein. In der Nacht zweimaliges Erbrechen und darauf, wie in einem von Heubner beschriebenen Fall, tödlicher Kollaps. Es ist also wohl die starke Muskelanstrengung und der dabei erhöhte Blutdruck, wodurch dem ohnehin schwachen Herzen eine Arbeit zugemutet wird, die es in Anbetracht seines Zustandes nicht leisten kann und mit einem eventuellen Stillstand beantwortet. Das Herzgewicht betrug 62 g, nach der Statistik von Vierordt fast 3 mal schwerer als die Norm, der linke Ventrikel fast so groß wie ein kleines Hühnerei, auch die übrigen Höhlen deutlich erweitert. Die Maße des Herzens sind folgende:

Linke Ventrikelhöhle	6,0 cm	Rechte Ventrikelhöhle	5,9 cm
Linke Ventrikeldicke	0,9 „	Rechte Ventrikeldicke	0,3 „
Aortenumfang	3,1 „	Pulmonalumfang	3,4 „
Mitralis	5,8 „	Tricuspidalis	6,2 „

H. Netter (Pforzheim).

Georg Brommer, Ein Fall von infantiler Pseudobulbärparalyse. (I.-D. Erlangen 1906.) Längere Zeit hindurch in der Erlanger Kinderklinik beobachteter, zu der klassischen Form gehören-

der Fall, dessen ausführlicher Beschreibung eine kurze Darstellung von 16, der klassischen Form angehörenden Fällen der Literatur vorausgeht, unter Ausschluß der Fälle, die neben einer hochgradigen allgemeinen Gliederstarre auch Beteiligung an Kau- und Schluckmuskulatur aufwiesen, somit zu dem als „Littleschen Krankheit“ bezeichneten Symptomenkomplex gehören. Als 17. Fall reiht sich der B.sche Fall den Beobachtungen von Barlow, Binswanger, Oppenheim, Bouchaud, Taussig, Sölder, Brauer, Kârmân, Alexejew, Halban, Peritz, Zahn und Kaufmann an. Kurz zusammengefaßt handelt es sich um ein 3jähr. Kind, das nach vollkommen normaler Entwicklung plötzlich mit 2 Jahren fieberhaft erkrankte und nach Ablauf dieser Erkrankung folgende Hauptsymptome zeigt: Lähmung der Zungen- und Pharynxmuskulatur, wobei hauptsächlich die willkürlichen Bewegungen erschwert erscheinen, während die reflektorischen erhalten sind, Dysarthrie und Dysphagie, Salivation sowie leichte spastische Lähmung der unteren Extremitäten. Dabei nirgends Atrophie und Entartungsreaktion der gelähmten Muskeln, ebensowenig fibrilläre Zuckungen. Bemerkenswert an dem Fall ist die Mitteilung, daß der Bruder an der gleichen Krankheit gestorben sein soll. Man kann sich vorstellen, daß beide Brüder mit einem von vornherein disponierten Nervensystem (ob der mäßige Alkoholismus von Vater und Großvater dabei eine Rolle spielen, sei dahingestellt) zur Welt gekommen sind und daß deshalb gerade die nervösen Zentralorgane von irgend einer akuten Fiebererkrankung schwer ergriffen werden konnten. Dies faßt der Autor als Encephalitis auf, die nach kurzer Zeit abklang und zur Heilung kam. Die Residuen der Encephalitis jedoch blieben zurück, eine Anzahl zerstörter Rindenfelder mit allen Ausfallserscheinungen, die eine solche Gehirnläsion hervorruft. Was die Psyche des kleinen Kranken betrifft, so reiht sich der B.sche Fall, soweit sich dies aus dem Krankheitsbericht beurteilen läßt, Binswangers Fall an, bei dem Idiotie bestand. Was den Verlauf angeht, so ist der B.sche Fall gleich den meisten in seinen Hauptsymptomen seit der Aufnahme ziemlich stationär geblieben.

H. Netter (Pforzheim).

B) Aus ausländischen Zeitschriften.

J. K. Friedjung (Wien), Über den Einfluß der Säuglingsernährung auf die körperliche Rüstigkeit der Erwachsenen nebst Bemerkungen über Stilldauer. (Wiener klin. Wochenschrift. 1907. Nr. 26.) F. hat in einem Arbeiterturnverein bei 155 Turnern Nachforschungen angestellt und folgendes eruiert: Von 33 guten Turnern waren 24 Brustkinder (= 72 %), von 66 mittelmäßigen Turnern waren 44 (= 66 %) an der Brust ernährt, von 56 schlechten Turnern nur 32 (= 57 %).

Die größte Anzahl war nur 3 Monate gestillt; es scheint also im Volk die Meinung zu herrschen, eine weitere Zeit wäre die Brustnahrung kein dringendes Bedürfnis mehr.

Grätzer.

Lucien Rivet (Paris), Remarques sur les courbes de poids et de température dans les gastro-entérites infantiles. (Revue mens. des malad. de l'enfance. Février 1907.) Der Verf. gelangt auf Grund seiner Untersuchungen zu folgenden Schlüssen.

Die Wasserdiät ist die beste Methode für die akuten Erscheinungen; sind dieselben binnen 24, höchstens 48 Stunden noch nicht zum Schwinden gebracht, so kann die Ernährung mit mehligen Abkochungen dieselbe ersetzen. Die Gemüsesuppen können die Abmagerungsperiode hinausschieben, doch sind sie nicht imstande, dieselbe ganz aufzuheben. Ihre fortgesetzte Anwendung kann zu Erscheinungen der Kochsalzretention in Verbindung mit schwerer Anasarka führen. Das Aufnehmen der Ernährung mit Buttermilch bewirkt fast immer eine mehr oder weniger hohe Temperatursteigerung, das Buttermilchfieber, welche um so leichter ist, je später man nach dem akuten Stadium mit der Buttermilchernährung begonnen hat.

Die Abmagerungsperiode kann sich lange Zeit über die klinische Heilung der Krankheit verlängern und sogar zu einem kachektischen Zustande führen, manchmal mit Auftreten eines pseudo-addisonschen Syndroms.

Im Krankenhause muß man bei schweren Gastro-enteritiden immer auf sekundäre Infektionen gefaßt sein, die um so schwerer sind, je schwächer das Kind ist. Diese Infektionen können zum Tode durch Septikämie führen, oder, in leichteren Fällen, lokale Eiterungen bewirken, durch welche die Rekonvaleszenz verzögert wird.

Die Gewichtszunahme in der Rekonvaleszenz kann durch jedwedes Regime erzielt werden; am günstigsten wirkt die Ernährung an der Mutterbrust auf die Kinder ein, doch ist es in gewissen Fällen vorteilhaft, zu Mehlabkochungen oder zu rohem Fleische zu greifen, welche namentlich in jenen Fällen gute Resultate geben, wo Intoleranz für Milch besteht.

Es gibt aber Fälle, in welchen das Kind unter jedweder Ernährung immer mehr und mehr abnimmt und wo fieberhafte Temperaturschwankungen ohne sichtbare Veranlassung auftreten. In derartigen Fällen handelt es sich fast immer um Tuberkulose.

E. Toff (Braila).

G. Sicard, L'hydrocèle communicante tuberculeuse. (Revue mens. des malad. de l'enfance. Mars 1907.) Der Verf. hat zwei Fälle von doppelter kommunizierender tuberkulöser Hydrokele beobachtet und schildert in einem längeren Aufsatze diese nicht sehr häufige Krankheit. In beiden Fällen handelte es sich um isolierte Tuberkeln, ohne entzündliche Reaktion der Umgebung, und in beiden bestand gleichzeitig tuberkulöse Peritonitis. Es ist nicht anzunehmen, daß die Hydrokele primärer Natur war, sondern vielmehr, daß dieselbe nur den Ausdruck des Übergreifens einer tuberkulösen Peritonitis auf den vagino-peritonealen Kanal darstellte. In klinischer Beziehung ist aber die kommunizierende tuberkulöse Hydrokele oft die erste Erscheinung einer tuberkulösen Peritonitis, und daher ist die Diagnose derselben von besonderer Wichtigkeit. Oft bestehen durch längere Zeit keinerlei sonstige Symptome der Peritonitis.

Der operative Eingriff ist in allen derartigen Fällen anzuraten, um so mehr, als durch denselben eine gewisse Quantität aszitischer Flüssigkeit entleert wird und auf diese Weise in ähnlicher Art auf die tuberkulöse Affektion des Bauchfelles eingewirkt wird, wie durch eine mediane Laparotomie. E. Toff (Braila).

Froelich (Nancy), Tumeur congénitale de la grande lèvre droite. (Revue mens. des malad. de l'enfance. Mars 1907.) Das betreffende, 5jährige Mädchen hatte bei der Geburt eine faustgroße Geschwulst des rechten Labiums; dieselbe vergrößerte sich stetig und erreichte endlich den Umfang eines Kindskopfes. Dieselbe war von rotblauer Farbe, von Haut bedeckt, auf welcher sich zahlreiche warzige Gebilde vorfanden, und dehnte sich, mit breiter Basis fest aufsitzend, sowohl über die Symphise, als auch über die ganze rechte Inguinalgegend aus. In der linken Leistenbeuge waren mehrere, bis haselnußgroße, harte Drüsen zu fühlen. Die Untersuchung der Lungen ergab eine Infiltration der rechten Lungenspitze. Der Verf. stellte die Diagnose auf Dermoidzyste und beschloß die chirurgische Entfernung derselben, trotz des schlechten Allgemeinzustandes des Kindes und trotz der Möglichkeit, daß eine maligne Entartung nicht auszuschließen war. Es war aber vorauszusehen, daß bei zuwartendem Verhalten das Kind mit Sicherheit verloren war. Die Ablation ging ohne besondere Schwierigkeit vor sich, doch mußten zum Decken des großen Substanzverlustes Hautteile vom Bauche und Schenkel herangezogen werden. Obzwar an einer Stelle Eiterung eintrat, konnte doch Heilung erzielt werden. 6 Monate später war die kleine Patientin vollkommen wohl, hatte guten Appetit und erholte sich rasch. Auch die Tuberkulose scheint nach Entfernung der zehrenden Geschwulst zum Stillstand gekommen zu sein. E. Toff (Braila).

Ch. Viannay et **Ch. Bourret** (Lyon), Rétrécissement infranchissable de l'oesophage; gastrostomie; cathétérisme rétrograde; guérison. (Revue mens. des maladies de l'enfance. Mars 1907.) Geschwüre der Speiseröhre infolge von Scharlach gehören zu den seltenen Vorkommnissen; noch seltener sind Verengerungen der Speiseröhre infolge narbiger Kontrakturen, die sich auf Grund solcher Geschwüre entwickelt hatten. Die Verff. hatten Gelegenheit, einen solchen Fall zu beobachten und auf operativem Wege zur Heilung zu bringen.

Es handelte sich um einen 6jährigen Knaben, welcher 6 Monate früher eine ziemlich schwere Skarlatina durchgemacht hatte; 15 Tage später trat eine gewisse Behinderung beim Schlucken auf, welche immer zunahm, derart, daß das Kind schließlich auch keine Flüssigkeiten mehr zu sich nehmen konnte. Die Ösophagoskopie ergab eine große Dilatation des Ösophagus oberhalb einer außerordentlich verengten Stelle, durch welche auch die feinste Sonde nicht durchgeführt werden konnte. Die Entfernung derselben von den Schneidezähnen betrug 27 cm. Es wurde die Gastrotomie ziemlich an der Cardia vorgenommen und dabei versucht, in retrograder Weise den Ösophagus zu sondieren. Nach mehrfachen Versuchen gelang dies, nachdem man eine steife, vorne offene Sonde eingeführt und durch das Lumen der-

selben eine andere, sehr feine in die strikturierte Stelle gebracht hatte, ähnlich wie man dies bei schwer durchdringlichen Harnröhrenstrikturen vornimmt. Mit dieser Sonde wurde ein dicker Seidenfaden durchgeführt und liegen gelassen, indem das eine Ende beim Munde, das andere bei der Magenöffnung herausragte. Angeknüpft an denselben konnten im Laufe der Zeit immer dickere Sonden durchgezogen werden, so daß man endlich dazu gelangte, die Sonde Nr. 28 anstandslos durchzuführen. Der kleine Patient konnte anstandslos jedwede Nahrung zu sich nehmen, nur große Fleischbissen gingen mit einiger Schwierigkeit durch, und wurde auch später zweitweilig sondiert; inzwischen hatte das Körpergewicht um 9 kg zugenommen.

E. Toff (Braila).

A.-B. Marfan (Paris), Nouveau procédé de détubage par expression digitale. (Revue mens. des malad. de l'enfance. Mai 1907.) Zur Extraktion der Intubierungskanüle sind mehrere Methoden angegegeben worden, von denen jede gewisse Vorteile und mancherlei Nachteile hat. Am einfachsten erscheint jene, die Kanüle mit einem Faden zu befestigen und denselben auf der Wange mit etwas Kollodium zu befestigen. Doch reißen die Kinder sehr oft den Faden los, zerbeißen denselben und im Augenblick der Gefahr, dann, wann man die verstopfte Kanüle rasch entfernen muß, kann man die Extraktion nicht vornehmen und muß zur Zange greifen.

Die instrumentelle Entfernung der Kanülen mit der rigiden Zange von O'Dwyer bietet auch oft bedeutende Schwierigkeiten dar, ja, man kann sogar sagen, daß mitunter die Entfernung der Röhre mit größeren Schwierigkeiten verbunden ist, als die Einführung.

Am einfachsten würde die Detubierungsmethode von Bayeux erscheinen; das Kind sitzt auf dem Schoße eines Gehilfen mit leicht nach vorne geneigtem Halse; der Operateur drückt mit der linken Hand den Kopf nach rückwärts, während er mit der rechten den Hals umgreift, derart, daß der Daumen auf die Trachea zu liegen kommt, und zwar auf dem unteren Ende der Kanüle. Während nun der Kopf des Kindes nach vorne gebeugt wird, drückt der aufgelegte Daumen die Kanüle nach oben und enukleiert sie gleichsam auf diese Weise. Sie gelangt in den Rachen und wird nun ausgespuckt. Auch diese Methode hat gewisse Nachteile, namentlich den, daß sie bei Anwendung langer Kanülen kaum ausgeführt werden kann, und außerdem gelangt die Kanüle oft hinter den weichen Gaumen und muß von hier erst nachträglich und mühsam mit einer Zange entfernt werden.

Der Verf. hat nun eine andere Methode der digitalen Exprimierung angewendet und gefunden, daß dieselbe allen anderen überlegen ist und sowohl bei langen, als auch bei kurzen Kanülen gute Resultate ergibt. Um dieselbe vorzunehmen, wird das zu detubierende Kind auf einem Tisch auf den Bauch derart gelegt, daß Kopf und Hals die Kante überragen; ein Gehilfe fixiert dasselbe in dieser Stellung. Der Operateur hält nun den Kopf des Patienten mit der linken Hand, derart, daß er die Stirne umgreift, den Daumen auf die rechte Schläfe und die übrigen Finger auf die linke Schläfe legt. Mit seiner rechten Hand umgreift er nun derart den Hals, daß

die Volarfläche der Spitze des Zeigefingers auf die Luftröhre zu liegen kommt und hier das untere Ende der Kanüle fühlt und fixiert, während der Kopf des Kindes etwas in die Höhe gehoben wird und zwar um so mehr, je länger die Kanüle ist. Hierauf wird der Kopf leicht nach vorne gebeugt und die Kanüle mit dem Zeigefinger nach oben (vorne) gedrückt. Dieselbe gelangt in den Mund und fällt in eine untersetzte Schüssel.

M. hat nach seiner Methode sowohl die kurzen Kanülen von Sevestre, als auch seine eigenen mittlerer Größe, sowie auch die langen von O'Dwyer immer mit Leichtigkeit entfernen können. Nur die Kanülen von Froin boten einige Schwierigkeiten dar, konnten aber auch immer entfernt werden. E. Toff (Braila).

Victor Veau (Paris), Les fibro-sarcomes du cou extra-pharyngiens. (Archives de méd. des enf. Janvier 1907.) Es gibt eine gewisse Anzahl von Fibrosarkomen des Halses, welche außerhalb des Nasenrachenraumes ihren Ursprung nehmen und schon von König als extra-pharyngeale Polypen bezeichnet worden sind. Der Ausgangspunkt derselben ist ein sehr verschiedener, je nachdem er mit dem Perioste, der Aponeurose, den Nervenstämmen oder gar den Hirnhäuten zusammenhängt. In anderen Fällen wird gar kein Stiel gefunden, und man bezeichnet die betreffenden Fibrosarkome als essentielle.

In anatomisch-pathologischer Hinsicht unterscheiden sich die betreffenden Geschwülste keineswegs von den Fibrosarkomen anderer Gegenden. Man findet denselben weißgelblichen Schnitt, welcher unter dem Messer knirscht, und dieselben histologischen Charaktere.

Die Größe der Geschwülste ist eine sehr verschiedene; man findet haselnußgroße, die lange Zeit diese Größe beibehalten, und andere, welche in kurzer Zeit die Größe eines Kindskopfes erreichen. Fast alle derartigen Geschwülste sind anfänglich gutartiger Natur und werden, nach einem kürzeren oder längeren Zeitraum, malign. Ein rechtzeitiges Erkennen der Krankheit und operatives Entfernen der Geschwulst ist also geboten. E. Toff (Braila).

N. Pézopoulos et J. P. Cardamatis (Athènes), Du paludisme congénital. (Archives de méd. des enf. Janvier 1907. S. 29.) Die Verf. haben Untersuchungen angestellt, um sich zu überzeugen, ob die Annahme, daß Malariaplasmodien nicht von der Mutter auf den Fötus übergehen können, richtig sei. Sie fertigten zahlreiche Präparate vom mütterlichen und kindlichen Blute unmittelbar nach der Geburt an, und während sie in ersterem zahlreiche Protozoarten fanden, war dies bei letzteren keineswegs der Fall. Auch im Blute eines im fünften Schwangerschaftsmonate abortierten Fötus waren keine Malariaplasmodien zu finden. Weiter wurde festgestellt, daß bei den betreffenden malariakranken Frauen Plasmodien im mütterlichen Teile der Plazenta zu finden waren, keineswegs aber im kindlichen. Auch im Blute der Nabelschnur konnte nichts nachgewiesen werden. Der Schluß, daß die betreffenden Mikroorganismen aus dem mütterlichen Blutkreislauf nicht in den kindlichen gelangen können, ist also vollauf berechtigt. Dies erklärt auch die Tatsache, daß Kinder von schwer malariakranken Frauen keineswegs durch die Krankheit der

Mutter in ihrer Gesundheit beeinträchtigt werden, vielmehr sich bei der Geburt besten Wohlbefindens erfreuen. Auch die Untersuchung des Hämoglobingehaltes zeigt bei Neugeborenen keineswegs jene niedrigen Zahlen, welche man bei den betreffenden fieberkranken Müttern nachweisen kann. Die Verf. nehmen also an, daß das Blut des Fötus die Fähigkeit besitzt, die Toxine der Laveranschen Plasmodien zu neutralisieren. Auch sonst scheinen Kinder eine gewisse Resistenz gegen Wechselfieber zu besitzen. Koch hat Kinder in Afrika gesehen, welche zahlreiche Plasmodien in ihrem Blute beherbergten, ohne aber irgendwelche Gesundheitsstörung darzubieten. Auch die Verff. hatten Gelegenheit gehabt, ein 35 tägiges Kind zu untersuchen, welches zahlreiche Vivaxparasiten beherbergte und sich trotzdem guter Gesundheit erfreute. E. Toff (Braila).

N. Tchistowitsch, Die Blutplättchen bei den akuten Infektionskrankheiten. (Russki Wratsch. 11. Nov. 1906; Semaine médicale. 1907. Nr. 7.) Um sich Rechenschaft zu geben über die Rolle, welche die Hämatoblasten bei den akuten Infektionskrankheiten spielen, hat Verf. die Veränderungen in der Zahl dieser kleinen Elemente bei der fibrinösen Pneumonie, beim Gesichtserysipel bei den Masern, bei der phlegmonösen Angina, Variola, Skarlatina und Diphtherie studiert. Dabei ergab sich, daß bei all diesen Krankheiten, mit Ausnahme des Scharlachs, während der Akme der fieberhaften Periode eine Verringerung des Gehalts an Blutplättchen stattfindet, die während der Endphase des Fiebers und im Verlauf der Rekonvaleszenz einer Vermehrung Platz macht. Was den Scharlach betrifft, so zeichnete sich derselbe durch eine mehr oder minder starke Vermehrung der Zahl der Hämatoblasten aus, die jedoch keineswegs mit dem Beginn der Krankheit zusammenfällt. Während der folgenden Tage bleibt dann die Zahl annähernd normal oder verringert sich sogar. Die Zahl der Hämatoblasten folgt beim Scharlach im ganzen der gleichen Entwicklung wie bei den anderen Infektionskrankheiten, mit dem Unterschied freilich, daß beim Scharlach die Periode der Verringerung bei weitem kürzer und ihre Vermehrung eine bedeutendere ist. Dabei ist zu bemerken, daß jede im Verlauf des Scharlach eintretende, von einer Fieberexazerbation begleitete Komplikation von einer vorübergehenden Verminderung der Zahl der Blutplättchen beantwortet wird. Bei der Diphtherie ist die numerische Verminderung der Hämatoblasten besonders ausgesprochen und sie persistiert noch lange Zeit nach dem völligen Abklingen des lokalen Krankheitsprozesses, ohne daß dabei Seruminjektionen den mindesten Einfluß ausübten. T. glaubt aus diesen Tatsachen die Schlußfolgerung ziehen zu dürfen, daß auf jede Invasion von pathogenen Keimen der Organismus nicht nur mit einer Änderung in der Zahl der Leukozyten, sondern auch mit einer solchen des Gehalts an Hämatoblasten reagiert, indem letztere anfangs eine Verminderung zeigen, der im Verlauf der Rekonvaleszenz eine Vermehrung folgt. Angesichts der Regelmäßigkeit, mit der sich diese Phänomene jeweils abspielen, neigt Verf. zu der Annahme, daß, ganz wie die weißen Blutkörperchen, die Blutplättchen aktiv in den Kampf des Organismus gegen die Infektion eingreifen, besonders während der Periode der sich entwickelnden

Immunität. Möglich, daß diese kleinen Elemente mit der Bildung gewisser defensiver Substanzen (Antitoxine, Agglutinine, Stimuline usw.) zu tun haben, eine Annahme, die sich mit den Untersuchungen von Wright wohl vertrüge, wonach die Hämatoblasten in Milz und Knochenmark entstehen, an den Stätten also, die in gleichem Maße als die Hauptquelle dieser defensiven Substanzen gelten.

H. Netter (Pforzheim).

M. H. Audeoud, Ein Fall von Purpura fulminans bei einem Kinde von $2^1/_2$ Jahren. (Revue méd. de la Suisse romande. April 1906.) Die ganze Krankheit verlief in 17 Stunden und, wie fast stets, tödlich. Bei dem bis dahin völlig gesunden Knaben zeigte sich um 8 Uhr morgens in der linken Inguinalfalte eine Ekchymose. Um 9 Uhr schon ist der ganze Körper von kleinen, dunkelroten Flecken bedeckt; dabei Anorexie und geringes Fieber. 6 Stunden später ist der allgemeine Zustand schon sehr schlecht, die Gesichtsfarbe bleigrau, der Puls klein, die Extremitäten kalt, die Blutaustritte variieren der Größe nach von einer Erbse bis zu einem 2 Fr.-Stück Überführung in das Hospital. Um 5 Uhr nachmittags ist die Rektumtemperatur 40,6°, die Extremitäten kalt, Puls unzählbar. Um $7^1/_2$ Uhr hat sich die Purpura noch weiter ausgebreitet, auf den Wangen finden sich handtellergroße Plaques, auf den Beinen große violette bis fast schwärzliche Hämorrhagien. Ununterbrochenes Schreien. Um 11 Uhr nachts Temperatur 41°. Eine Stunde später Konvulsionen, das Kind verfällt in einen komatösen Zustand und stirbt um 1 Uhr morgens. Eine Sektion konnte nicht gemacht werden. H. Netter (Pforzheim).

Petrini-Galatz, Contribution à l'étude clinique et histopathologique de l'épidermolyse bulleuse dystrophique et congénitale. (Annales de Derm. et de Syph. 1906. Nr. 8 u. 9.) Diese eigenartige Erkrankung, welche meist bald nach der Geburt erscheint und Mädchen eher wie Knaben betrifft, fand Verf. bei 5 unter 7 Kindern der gleichen Familie. Zwei von diesen kamen zur besonderen Behandlung, die anderen Fälle gehörten der Vergangenheit an. Die Blasen bestanden vereinzelt, mit serösem oder sanguinolentem Inhalt, bevorzugten die Streckseiten der Extremitäten, Hände und Zehen, vor allem die Metacarpo-phalangeal-Region. Die Blasen wiederholten sich auf den gleichen Stellen nicht, hinterließen aber weißliche oder keratotische Narben und Miliumkörperchen. Die betroffenen Nägel wurden oft gänzlich zerstört. Durch Experimente und Beobachtung wurde festgestellt, daß Traumen keinen Einfluß auf die Erkrankung ausübten, ebensowenig war eine bakteriologische Ursache aufzufinden. Die sehr eingehenden histologischen Untersuchungen, welche im Original nachgelesen werden müssen, lassen entzündliche Zustände ausschließen und sprechen vielmehr für die Theorie des nervösen und vaskulären Ursprungs der Epidermolysis bullosa. Die Behandlung bestand in Boraxbädern, Duschen, Injektionen von kakodylsaurem Natron, lokaler Applikation auf die Blasen von Borvaselin, innerlich Arsen, später Phosphorsäure. Max Joseph (Berlin).

v. Lesseliers, Contribution a l'étude du Lichen scrofulosorum. (Annales de Derm. et de Syph. 1906. Nr. 11.) Unter 17

histologisch untersuchten Fällen von Lichen scrofulosorum fanden sich bei 14 Patienten die typische tuberkulöse Struktur, massenhafte runde epitheloide und Riesenzellen, in zwei Fällen bei sonst tuberkulöser Struktur nur eine bzw. keine Riesenzelle, ein letzter Fall stellte sich als einfacher Entzündungsprozeß dar. Der Tuberkelbazillus war nicht nachzuweisen. Alle Patienten litten außerdem an innerer Tuberkulose oder Lupus. Die Tuberkulininjektion hatte den Erfolg, den zuvor zweifelhaften Charakter der Erkrankung deutlich zu gestalten, vorher geringe oder gar nicht erkennbare Lichensymptome wurden nach Tuberkulin ausgedehnter, typisch in der Erscheinung und bei histologischer Untersuchung auch in der tuberkulösen Struktur. Hingegen betont Verf., daß keinerlei Veranlassung vorläge zu einer Trennung des spontanen Lichen scrofulosorum von dem nach Tuberkulininjektionen erschienenen, vielmehr ging aus den histologischen Untersuchungen der künstlich hervorgerufenen Eruptionen hervor, daß hier überall zuvor bereits ein Lichen scrofulosorum in Latenz bestanden hatte und durch die Injektionen nur in Erscheinung getreten war. Max Joseph (Berlin).

R. V. Solly, Akute lymphatische Leukämie. (Lancet. Bd. I. 23. Juni 1906.) Gegenstand der Beobachtung war eine kleine 13 jähr. Italienerin, bei der als früheste Krankheitszeichen große Schmerzen in der Milzgegend und in den Waden aufgetreten waren. Die Menstruation war eine äußerst starke und die Kranke war in hohem Grade anämisch. Das Zahnfleisch war geschwollen und blutete leicht, war aber nicht geschwürig. Die Milz war vergrößert und sehr empfindlich, die Lymphdrüsen des Halses, der Axilla und der Inguinalgegend waren ebenfalls vergrößert. Die Milz überragte den Rippenbogen um 3,3 Zoll, die Leberdämpfung betrug in der Vertikallinie 5 $^1/_4$ Zoll, ihr Rand war empfindlich, die Herzgröße etwas nach links disloziert. Neben steigenden Arsenikdosen wurde die Milzgegend täglich 10 Minuten lang mit Röntgenstrahlen behandelt. Am Tag nach der Aufnahme Epistaxis bei Fortdauer der Menstruation. Nach 2 Tagen hatte sich die Milz um 1 Zoll verkleinert. Die Patientin fühlte sich nun frei von Schmerzen und schien im ganzen besser; dabei waren unterdessen auch die Tonsillen beträchtlich größer geworden. Etwa 2 Tage später geriet das Kind in einen heftigen Erregungszustand, wobei es beständig wimmerte. Von diesem Zeitpunkt an verschlimmerte sich der Zustand immer mehr und der Tod trat nach einer Krankheitsdauer von im ganzen 14 Tagen im Zustand tiefen Komas ein. Thymus und Tonsillen bestanden aus einem mit Lymphozyten vollgestopften Netzwerk. Die Lymphozyten waren meist ziemlich klein, mit gut gefärbtem Kern mit nicht darstellbarem Protoplasma. H. Netter (Pforzheim).

Wm. Wright, Kindersterblichkeit und Ziegenmilch. (Lancet. 3. Nov. 1906. Bd. II. S. 1212.) W. setzt die Vorteile der Ziegenmilch bei der Kinderernährung auseinander. Die Ziege, sagte er, ist praktisch immun gegen die Tuberkulose, und in den wenigen Fällen einer tuberkulösen Erkrankung ergab sich mit geringen Ausnahmen als Ursache das Eingeschlossensein mit kranken Kühen und eine Ansteckung durch diese. Da ferner die Ziegen reinlicher sind

als die Kühe und infolge der Konsistenz ihrer Fäzes Euter und Milch weniger der Gefahr der Verunreinigung ausgesetzt sind, so bietet auch nach dieser Richtung die Ziegenmilchernährung gewisse Vorteile. Dazu kommt, daß das Ziegenmilchkasein flockiger und leichter verdaulich ist als das Kuhmilchkasein und auch darum für Säuglinge geeigneter. Das gegen die Ziegenmilch wegen ihres Geruches bestehende Vorurteil ist unberechtigt. Allerdings, wenn man die Tiere überall herumstreifen und nach Belieben Unkraut, Baumzweige usw. fressen läßt, mag die Milch hernach einen besonderen Geruch bekommen, was nicht der Fall ist, wenn man die Tiere auf einer englischen Wiese oder dergl. weiden läßt. In diesem Fall unterscheidet sich die Ziegenmilch im Geruch nicht von der Kuhmilch. Die Ziege liefert im allgemeinen viel Milch und der Konsum in derselben ist z. B. in Italien und Norwegen ein recht großer, die Säuglingssterblichkeit dagegen eine geringe. H. Netter (Pforzheim).

A. Hill Buchan u. John M'Gibbon, Ein Fall von kongenitaler Anämie mit Ikterus. (The Scottish med. and Surg. Journal. September 1906.) Es handelt sich um einen wohlentwickelten, am 7. Oktober 1904 nach einer leichten Geburt und normalen Schwangerschaft geborenen Knaben. Infolge von Adhärenz der Plazenta leichte Hämorrhagie. Nabelstrang blaß und von großen Dimensionen. Man bemerkte beim Kind allgemeinen Ikterus, findet eine geringe Leber- und Milzschwellung. Die gelbe Farbe verschwand allmählich in der 2. Woche, Milz und Leber blieben aber vergrößert. An Spitze und Basis des Herzens ein systolisches Geräusch. Lymphdrüsen allenthalben ein wenig hypertrophisch, Stuhl entfärbt. Die Milz ist gegen die 5. Woche bis zur Mitte einer Nabel und falsche Rippen verbindenden Linie herabgestiegen, dann trat eine Verkleinerung des Organs ein. Das Kind hatte 3 Wochen hindurch 1 Tropfen Sol. Fowleri erhalten. Am Ende der 7. Woche ist die Situation folgende: Ikterus von Brust und Bauch verschwunden, aber im Gesicht noch vorhanden, Leber und Milz annähernd normal, die Polyadenopathie zurückgegangen, ebenso die Herzgeräusche. Im Juli 1906 ist das Kind gesund und kräftig. Eine Blutuntersuchung am 21. Oktober 1904 hatte folgendes Resultat: Hämoglobin 25 pro 100, rote Blutkörperchen 1840000, weiße 23696, davon 41 % polynukleäre neutrophile, 2,5 % polynukleäre eosinophile, 43,5 % Lymphozyten, 9,4 % große mononukleäre, 2,2 % neutrophile Myelozyten. Verff. nehmen als wahrscheinlich an, daß es sich um eine akute Toxämie beim Neugeborenen gehandelt hat. H. Netter (Pforzheim).

J. G. Sheldon, The Joint Affections of Hemophilia. (N. Y. Med. Record. 27. Okt. 1906.) Gewöhnlich werden akute Gelenkaffektionen als traumatisch oder rheumatisch angesehen. S. glaubt jedoch, daß oft solche Affektionen durch Hämophilie verursacht werden, und bespricht 3 Fälle, die unter seine Beobachtung gelangten. In allen seiner Fälle erschienen die Symptome ganz plötzlich, mit Geschwulst, Rötung und Fieber. Die Kinder litten an heftigen Schmerzen in den Gelenken, die Druckempfindungen waren jedoch verhältnismäßig viel linder als bei traumatischen oder rheuma-

tischen Gelenkentzündungen. In 2 Fällen (Knaben) erschienen die Symptome mehrmals innerhalb eines Jahres, und die Kinder starben endlich an unstillbaren Blutungen. Der dritte Fall, ein Mädchen, 6 Jahre alt, ist noch am Leben, hat aber schon 3 Anfälle durchgemacht, Untersuchung des aspirierten Blutes von den Gelenken für Mikroorganismen erwies sich negativ. H. B. Sheffield.

George Weiß, A Remarkable Case of Precociousness. (The Med. Brief. Vol. XXXIV. Nr. 5.) Verf. beschreibt und illustriert einen merkwürdigen Fall von Frühreife bei einem Mädchen, 4 1/2 Jahr alt. Sie stammt von deutschen Eltern her und hatte 14 normale Geschwister, von denen vier während der Kindheit an akuten Krankheiten starben. Das Kind menstruierte zum ersten Male als es 4 Monate alt war und seither regelmäßig alle 4 Wochen. Ihre Mammae und Genitalorgane sind vollständig entwickelt, wie bei einem 18jähr. Mädchen. Sie wiegt 70 Pfund und ist 4 Fuß 2 Zoll groß. Im allgemeinen macht sie den Eindruck von einem 12jährigen, begabten Mädchen. H. B. Sheffield.

Antonio Jovane, Die Blaumethylenreaktion im Urin gesunder und kranker Kinder. (La Pediatria. 1906. Nr. IV.) Russo hatte mitgeteilt, daß er in vielen Fällen von Typhus und anderen Krankheiten, bei denen die Diazoreaktion positiv war, konstant eine grüne Farbenreaktion erhalten habe, wenn er zu 5 ccm Urin 4 Tropfen einer 1°/₀₀ igen Methylenblaulösung hinzusetzt; diese Reaktion könne im allgemeinen die Diazoreaktion ersetzen. Auf Grund seiner Untersuchungen hat Verf. nicht bestätigen können, daß die eine Reaktion für die andere eintreten könne. F.

Ballista Burzagli, Ein einfaches und wirksames Mittel, um die mangelhafte Milchsekretion bei der Frau hervorzurufen. (La Pediatria. 1906. Bd. IV.) Verf. hat ein altes, noch von Trousseau gerühmtes, aber in Vergessenheit geratenes Mittel wieder versucht, nämlich den Anis. Es wurde ein Infus von Anis 25:1000 verschrieben, von dem im Laufe von 24 Stunden 12 Löffel gegeben und mit dem auch 4—5 mal täglich Umschläge auf die Brust gemacht wurden. Verf. verfügt bisher über 7 Fälle, in denen die mangelhafte oder fehlende Sekretion so reichlich wurde, daß die Frauen ihre Kinder nähren konnten. F.

Leto Carmelo, Rückkehr der Milch zum Zustand des Colostrums und Cytoprognose der Laktation. (La Pediatria. 1906. Bd. VIII.) Normalerweise findet man in der Milch vom vierten, fünften Tage nach der Geburt nur Milchkügelchen verschiedener Größe und Körper von verschiedener rundlicher, halbmondförmiger Form, die nichts anderes darstellen, wie protoplasmatische Epithelresiduen, die nach Ansicht des Verf.s von dem Pressen der Brustwarze beim Saugen herrühren. Die Milch kehrt zu einem Zustand zurück, der sich dem des Colostrums nähert, wenn die Milch spärlich und die Sekretion daher verlangsamt ist oder wenn die Milch zwar reichlich, das Kind aber schwächlich ist und wenig saugt. Da in diesem Falle die Brüste sich nicht völlig entleeren können und infolgedessen ein Mißverhältnis

zwischen Sekretion und Exkretion besteht, so würde das Fett von den Colostrumkörperchen in den Kreislauf transportiert werden. Dieselbe Bedeutung würde die Anwesenheit der Colostrumkörperchen in der Milch der Brust haben, die nicht dem Säugling gegeben wird, hier kehrt das nicht eliminierte Fett in den Körperchen in den Kreislauf zurück. F.

O. Federici, Die akute Chininvergiftung bei Kindern. (L'advelenamento acuto da chinina nel bambini.) (Rivista di Clinica Pediatria. 1906. Bd. V.) Es handelt sich um ein 16 Monate altes Kind, das in einem unbewachten Augenblick 20—25 Chininbonbons (4—5 g) verschluckte. Nach einer halben Stunde bemerkte man, daß es blaß und unruhig, an den Extremitäten kalt geworden war und sich vor Leibschmerzen krümmte; dann traten fortwährendes Erbrechen und Konvulsionen ein, Bewußtlosigkeit, allgemeine Hyperästhesie. Die mydriatischen Pupillen reagierten auf Lichtreiz nicht, der Radialpuls war nicht wahrnehmbar. Nach $2\frac{1}{2}$ Stunden trat Exitus ein. Bei der Autopsie fand sich Hyperämie des Zentralnervensystems; im linken Herzventrikel wenig Blut. Das Blut zeigte geringe Tendenz zur Koagulation. Der Magen von Gas aufgetrieben; seine Schleimhaut ist an der großen Kurvatur etwas hyperämisch; es befindet sich daselbst ein dreimarkstückgroßes Geschwür; im Duodenum Hyperämie, im übrigen Darmkanal Enteritis follicularis und Colitis ulcerosa. Die Untersuchung des Mageninhalts und des Urins ergibt positive Reaktion für Chininsalze. Bemerkenswert ist in diesem Fall der schnelle Verlauf der Erkrankung und das Vorwiegen der nervösen Symptome. Die Ulzeration im Magen erachtet Verf. für kadaverös. F.

S. Citelli, Un caso molto raro di sordo emutismo per porpora emorragica. (Archivio ital. di Otologia. 2e S. 1906. Bd. XII. S. 276.) Ein 2jähriges Kind wird plötzlich von Fieber, ohne Gliederschmerzen, befallen; bald darauf zeigen sich hämorrhagische Flecke auf der Haut, welche sich bald auf den ganzen Körper, mit Ausnahme des Gesichts, ausbreiten; zuerst rot, werden dieselben in weiterem Verlaufe schwarz, schließlich gelb. Keine Blutungen auf oder aus den Schleimhäuten. Mit den besagten Erscheinungen sehr ausgesprochene zerebrospinale Symptome: Koma während 14 Tagen mit Paraparese besonders rechts; Herabsetzung der Hautempfindlichkeit, ebenfalls mehr rechts; Patellarreflex rechts aufgehoben, links herabgesetzt; kein Erbrechen, keine Nackenstarre, keine Augenmuskellähmungen usw., also keine meningitischen Erscheinungen, auch fehlte in der Gegend Meningitis cerebrospinalis. Temperatur zwischen 37,5 bis 39°, Puls 95—155, kein Blutharn, keine Albuminurie. Während der Krankheit gab das Kind keinen Laut von sich und konnte nur durch Schütteln aus dem Sopor gebracht werden, niemals durch lautes Anrufen. Nach erfolgter Heilung blieb das Kind total taub und hatte einen abnormen Gang, dieser besserte sich allmählich. Die Taubheit blieb unverändert, und es kam nach und nach zu Taubstummheit. Bei der Ohrenuntersuchung: mäßige Einziehung beider Trommelfelle durch ziemlich ausgebildete adenoide Vegetationen. Verf. meint, daß die Taub-

heit wahrscheinlich durch beiderseitige Blutung ins Labyrinth im weiteren Sinne des Wortes zustande gekommen sei, wie es bei anderen infektiösen Prozessen geschieht, und so hätten wir nunmehr auch die Purpura haemorrhagica als Ursache von Taubstummheit zu verzeichnen.

H. Netter (Pforzheim).

Bruinsma, Zunahme im Körperbau der männlichen Bevölkerung in Holland. (Ned. Tijdschrift v. Geneeskunde. 1906. Bd. I. S. 1495.) Aus einem sehr ausgebreiteten statistischen Materiale von Messungen an Militärpflichtigen kommt B. zu Resultaten, die hier und da im Widerspruch mit den erhaltenen Resultaten in anderen Ländern stehen.

Aus B.s Untersuchungen mit Beziehung zum holländischen Materiale ergab sich folgendes:

I. Von dem Jahre 1863 ist eine allmähliche Zunahme der durchschnittlichen Körperlänge im Alter von 19 Jahren zu konstatieren. Im Jahre 1863 betrug sie 1,641 m, im Jahre 1903 nahm sie 3 cm zu.

II. Während früher mehr Kleine und weniger Große aus den Städten kamen, ist dies in den letzten Jahren gerade umgekehrt und kommen aus den Städten mehr Große und weniger Kleine.

III. Mit einer Vermehrung der durchschnittlichen Körperlänge Hand in Hand ging eine Verminderung der Anzahl der für den Dienst Tauglichen, so daß die Vermehrung der Körperlänge ungünstig auf den allgemeinen Gesundheitszustand gewirkt hat.

IV. Die Vermehrung der Körperlänge war bei den Söhnen der besseren Stände am stärksten ausgesprochen.

V. In jedem Alter hat die Zahl kleiner allmählich abgenommen.

VI. Gleichwie in einem bestimmten Jünglingsalter die Körperlänge, so hat auch der Umfang des Kopfes und die Größe der Füße zugenommen.

Graanboom.

Moncorvo (Rio de Janeiro), Ein Fall von Thyreoiditis bei einem 2monatlichen Kinde. (La Med. de los niños. März 1907.) Verf. sah ein Kind von 2 Monaten, das bei sonstigem Wohlbefinden eine Schilddrüsenschwellung von der Größe zweier Taubeneier aufwies. Der Vater des Kindes bot manifest-luetische Symptome, und Verf. hält es für das wahrscheinlichste, daß es sich um eine hereditär-syphilitische Affektion der Schilddrüse handelte. Den Erfolg der spezifischen Therapie konnte er leider nicht kontrollieren, da ihm das Kind nicht mehr gebracht wurde.

M. Kaufmann.

III. Aus Vereinen und Versammlungen.

K. K. Gesellschaft der Ärzte in Wien.

(Nach Wiener klin. Wochenschrift.)

Sitzung vom 1. März 1907.

Artur Goldreich: Ich gestatte mir, aus dem I. öffentlichen Kinderkrankeninstitut (Abteilung des Priv.-Doz. Dr. Hochsinger) den interessanten und seltenen Fall einer multiplen fungösen Zerstörung mehrerer Gelenke bei einem 7 wöchentlichen Säugling zu demonstrieren.

Das Kind ist hereditär schwer belastet. Der Großvater väterlicherseits ist angeblich an einem Lungenleiden gestorben, die Großmutter väterlicherseits lebt und ist gesund. Der Großvater mütterlicherseits ist angeblich an einer Hämoptoe zugrunde gegangen, die Großmutter mütterlicherseits lebt.

Die Eltern des Säuglings wurden von mir untersucht. Der Vater des Kindes ist sehr blaß und mager, hustet seit längerer Zeit; die Untersuchung ergibt in der linken Fossa supraspinata eine Dämpfung, entsprechend der Dämpfung sind zeitweilig vereinzelte, konsonierende Rasselgeräusche hörbar. Die Mutter des Kindes ist derzeit vollkommen gesund. Die Wohnungsverhältnisse sind außerordentlich ungünstig, die Wohnung ist dunkel und feucht. Die Geschwulst am Rücken des Kindes besteht nach Angabe der Mutter seit 14 Tagen, die Fistel am Fußrücken schon seit 4 Wochen.

Das Kind wird künstlich genährt. Die Haut ist trocken, der Panniculus adiposus außerordentlich dürftig; das Körpergewicht beträgt 3200 g.

Der Lungenbefund ergibt die Zeichen eines diffusen Katarrhs, der Herzbefund ist normal. Der abdominelle Befund zeigt nichts Bemerkenswertes.

An der Wirbelsäule konstatiert man entsprechend den unteren Brustwirbeln eine livid verfärbte, ungefähr fünfkronenstückgroße, deutlich fluktuierende Geschwulst.

Der rechte Unterschenkel ist ödematös, der rechte Fußrücken zeigt eine teigige Schwellung und eine Fistel, aus der man serösen Eiter entleeren kann. Entsprechend dem rechten Malleolus medialis sieht man eine ungefähr walnußgroße, livid verfärbte, deutlich fluktuierende Geschwulst. Auch die dritte linke Zehe ist livid verfärbt und zeigt deutliche Fluktuation.

Es besteht also klinisch ein kalter Abszeß an der Wirbelsäule, eine fungöse Erkrankung des rechten Fußes und der dritten linken Zehe.

Kienböck hatte die Freundlichkeit, die Röntgenaufnahmen zu besorgen. Er konnte an den Knochen nichts Pathologisches wahrnehmen, worüber man sich mit Rücksicht auf die Kleinheit der Knochenkerne in diesem Alter nicht wundern darf. Bekanntlich gehört die sicher nachgewiesene Tuberkulose der ersten 3 Lebensmonate zu den größten Seltenheiten. Wenn man so vorgeschrittene tuberkulöse Prozesse bei einem zur Zeit der ersten Beobachtung erst 6 wöchentlichen Säugling sieht, drängt sich unwillkürlich die Vermutung auf, ob hier nicht ein Fall von angeborener Tuberkulose vorliegt.

Baumgarten kann das große Verdienst für sich in Anspruch nehmen, als erster auf die Häufigkeit der angeborenen Tuberkulose, d. h. der intrauterinen bazillären Infektion, hingewiesen zu haben. Die Lehre von der angeborenen Tuberkulose ist heutzutage sowohl durch einwandfreie autopsische Befunde, als auch durch experimentelle Ergebnisse eine feststehende Tatsache. Dem berechtigten Einwande, daß die Fälle von angeborener Tuberkulose außerordentlich selten sind, begegnet Baumgarten mit der Annahme des Latenzstadiums der Tuberkulose. Auch diese Annahme wurde von ihm und anderen genügend gestützt. Ich will mich heute in diese interessante Frage nicht weiter einlassen. Es wird sich ja Gelegenheit finden, den hier demonstrierten Fall zur Autopsie zu bringen und später über ihn ausführlich zu berichten.

Auf Anregung des Kollegen Bartel habe ich mich bezüglich dieses Falles auch an den, um die Erforschung der Tuberkulose so hochverdienten Prof. Baumgarten in Tübingen gewendet. Prof. Baumgarten schreibt: „Indem ich Ihnen freundlichst für Ihre mich sehr interessierende Mitteilung danke, beeile ich mich, diesem Danke hinzuzufügen, daß ich mich durchaus Ihrer, vom Kollegen Bartel unterstützten Auffassung anschließe. Daß derartige chronisch-ulzeröse Prozesse sich nicht in der kurzen Zeitspanne von 6 Wochen ausbilden können, halte ich für sicher. Hierzu kommt noch der Sitz der Veränderungen in den Knochen, Organen, die weit abseits von den Pforten der äußeren (extrauterinen) Infektion gelegen sind, während sie der intrauterinen Infektion mittels des bazillär belasteten kindlichen Blutes leicht zugänglich sind."

Oskar Rie: Das Kind, welches ich Ihnen heute hier vorzustellen die Ehre habe, ein 9 jähriges Mädchen, wurde vor etwa 4 Wochen wegen Chorea in meine Ambulatoriumsabteilung am I. öffentlichen Kinderkrankeninstitut gebracht. Im

Verlaufe der Chorea trat Vitiligo auf; die ungewöhnlich starke und ausgebreitete Pigmentation ist wohl auf Arsenmelanose mit zurückzuführen.

Ich stelle das Kind wegen der auffallenden Gesichtsasymmetrie vor, die bei oberflächlicher Beobachtung an Hemiatrophia facialis progressiva denken läßt. Indes fehlt das wichtigste und charakteristische Symptom dieser Krankheit, die Hautatrophie.

Es handelt sich hier um die sehr seltene Form der kongenitalen Atrophie, um das Kleinerbleiben, nicht Kleinerwerden einer Gesichtshälfte. Demme, der einen ganz analogen Fall beschreibt, erklärt (im Jahre 1884), keinen weiteren in der Literatur gefunden zu haben; seither sind zwei oder drei Fälle publiziert worden.

Es besteht eine Gesichtsasymmetrie in der Weise, daß die das Gesicht teilende Medianlinie nach rechts konvex ist. Diese Konvexität spricht sich in der rechten Wange, in der Jochbeingegend, sowie in der rechten Ohrmuschel aus. Leichte Atrophie der Lippen und der Zunge auf der linken Seite; Zahnstellung. Die Asymmetrie betrifft auch den Hirnschädel. Sensibilität und Beweglichkeit anscheinend ungestört.

Der sehr interessante Augenbefund wurde vom Privatdozenten Sachs aufgenommen. Es besteht: 1. ein Tieferstehen der kleineren, linken Lidspalte; 2. ein nicht ganz entwickelter Epikanthus; 3. Strabismus divergens; 4. beiderseits Hornhautastigmatismus, Luxation der Linse nach oben, rechts überdies Irisschlottern. Die Extremitäten sind in keiner Weise an der Atrophie beteiligt.

Bezüglich der Ätiologie derartiger Fälle wurde von einer Seite primäre Hirnageneeie herangezogen, von anderer intrauterine mechanische Einwirkung durch Amnionstränge angenommen. Die letztere Ansicht wird unter anderem auch dadurch gestützt, daß wir ganz analoge, wenn auch weniger hochgradige Schädel- und Gesichtskoliosen unter dem Einfluß des Caput obstipum entstehen sehen, also ein exquisit mechanisches Moment.

Schließlich sei noch erwähnt, daß die Eltern des hier vorgestellten Kindes den Zustand auf „Versehen in der Schwangerschaft" zurückführen. (Begegnen einer Frau mit Gesichtsschiefheit und Erschrecken dabei.)

Diskussion: R. Neurath: Es ist eigentlich keine Atrophie, keine Entwicklungsstörung normal angelegter Gewebe, die nach der Auffassung des Kollegen Rie der Differenz der Gesichtshälften im vorgestellten Falle zugrunde läge, sondern eine abnorme Anlage, eine Dysplasie. Was die hervorgehobene Differenz beider Seiten anbelangt, so frägt es sich, ob wir nicht ebensogut, wie vom Vortr. die kleinere Gesichtshälfte als pathologisch und die größere als normal angenommen wird, die größere Seite als die pathologische auffassen könnten, wofür das Irisschlottern auf dieser spräche. Wir hätten es dann mit einer partiellen Hypertrophie, einem partiellen, halbseitigen Riesenwachstum zu tun, wie wir es an den Extremitäten oder auch streng halbseitig öfters in der Literatur finden.

Oskar Rie: Ad 1. Ich habe den Namen „kongenitale Hemiatrophie des Gesichts" nicht gewählt, sondern in der Literatur für diese Fälle bereits vorgefunden.

Ad 2. Eine Hypertrophie der rechten Kopfseite liegt gewiß nicht vor.

1. ist die linke Wange und die linke Zungenhälfte auffallend mager — nicht die rechte Seite auffallend dick; die Schneidezähne der linken Unterkieferhälfte im rechten Winkel gegen die Backzähne statt im stumpfen, wie normal und wie rechterseits.

2. entspricht kein einziger der (gesammelten) Hypertrophiefälle aus der Literatur dem hier vorgestellten, während die beiden in der Detailbeschreibung mir zugänglichen Hemiatrophiefälle in der Schädel- und Gesichtsformation völlig mit dem meinen übereinstimmen.

Für diese ist aber eine Hypertrophie um so weniger anzunehmen, als bei ihnen aplastische Erscheinungen an den gleichseitigen Extremitäten mitvorhanden sind.

Siegfrid Weiß stellt einen 3jährigen Knaben mit angeborener Dilatation des Kolon (Hirschsprungsche Krankheit) vor. Schon die Anamnese war charakteristisch. Unmittelbar nach der Geburt litt das Kind an Stuhlverstopfung, beträchtlicher Vergrößerung des Bauches und unstillbarem Erbrechen. Trotz Ammennahrung kam das Kind herunter und damals wurde die Diagnose angeborene

Rachitis gestellt. Nach einem Ammenwechsel und einer Periode guten Gedeihens vom 2.—7. Monate, in welcher Zeit die Beschwerden geringer waren, erreichte das Körpergewicht des Kindes 7000 g. Von da an traten die oben erwähnten Erscheinungen in verstärktem Grade wieder auf. Es stellte sich ein Zustand von hochgradiger Verstopfung mit Blähung und Ausdehnung des Bauches bis zu solchen Dimensionen ein, daß die Haut gespannt und glänzend war. Erst auf Anwendung zahlreicher Klysmen und Abführmittel erfolgten Entleerungen stinkender Kotmassen, welche mit Kotsteinen und beträchtlichen Mengen von Gasen vermengt waren. Der vorher ballonartig aufgetriebene Bauch fiel dann zusammen und hatte eine nur mehr wenig auffällige Größe. Das Körpergewicht des Kindes nahm ab und blieb bis zum 20. Monate auf 6000 g. Erst zu Beginn des 3. Lebensjahres begann das Kind sich besser zu entwickeln, obwohl die beschriebenen Zustände nicht verschwanden. In einem solchen Anfalle von 4 tägiger Verstopfung, nach vergeblichen Versuchen dieselbe zu beseitigen, bot das dem Obgenannten zum erstenmal vorgestellte Kind folgenden Befund. Das Abdomen war gleichmäßig und stark aufgetrieben, meteoristisch, Umfang in der Nabelhöhle 59 cm, sichtbare Peristaltik des gesamten Kolon. Die peristaltische Welle lief entsprechend dem Colon ascendens und transversum, erfuhr an der Übergangsstelle in das Colon descendens eine Unterbrechung und setzte sich dann dem Verlaufe des letzteren folgend beckenwärts fort, so daß eine schräg von links oben nach rechts unten verlaufende Furche entstand. Der Umfang des geblähten Kolon könnte auf 20 cm geschätzt werden. Über dem ganzen Bauche waren plätschernde und gurrende Geräusche zu hören. Die dünnen und zugleich fettarmen Bauchdecken gestatteten die genaue Beobachtung dieser Erscheinungen. Die rektale Untersuchung ergab ein Fehlen jeglicher Verengerung oder eines sonstigen Hindernisses, im Gegenteil eine derartige Erweiterung des vollkommen leeren Mastdarmes und der Flexur, daß deren Umrandungen gar nicht ausgetastet werden konnten. Hoch oben war ein ca. hühnereigroßer Kotstein als zufälliger Befund tastbar, welcher dem bimanuell unternommenen Versuche ihn zu entfernen in die höheren geblähten Darmabschnitte entschlüpfte. Bei der proktoskopischen Untersuchung (Foges) zeigte sich die Schleimhaut der Ampulle von katarrhalischen Geschwüren dicht besetzt. Der mit der Kornzange vorher zerkleinerte Stein wurde entfernt, und nun erfolgte ein Kollabieren des Bauches unter Ausströmen der stinkenden Gase. Der Bauchumfang verkleinerte sich um 2 cm. Die Behandlung in diesem Falle wäre nach der Indikation des Primarius Schnitzler die Resektion des dilatierten Kolon.

Sitzung vom 8. März 1907.

Emil Haim demonstriert zwei Fälle von **Pseudohermaphroditismus masculinus**, welche dadurch ausgezeichnet sind, daß sie Geschwister sind.

Die ältere der beiden Patientinnen suchte ärztliche Hilfe wegen einer Lymphadenitis ex pediculosi. Dabei bemerkte sie auch, daß sie trotz ihres Alters von 20 Jahren noch keine Menstruation habe. Bei näherer Untersuchung zeigte es sich, daß die Person einen ausgesprochen männlichen Habitus aufwies, vor allem eine männliche Kehlkopfbildung, ferner die Brüste wenig entwickelt und eine starke Behaarung des ganzen Körpers; insbesondere sind Abdomen und Mons Veneris ganz nach männlichem Typus behaart. Was die Genitalien selbst betrifft, so ist eine große und unperforierte Klitoris vorhanden mit großem Präputium, ferner eine blind endigende, kaum für den Zeigefinger entrierbare Vagina. Uterus oder Ovarien sind auch bei der Untersuchung per rectum nicht nachzuweisen; auf der rechten Seite findet sich in der großen Schamlippe ein haselnußgroßes, ovales Gebilde, welches ich für einen Hoden halten möchte. Die Person ist weiblich erzogen, hat sich jedoch nie zu Männern hingezogen gefühlt.

Die jüngere Schwester Anna, 13 Jahre alt, besitzt ebenfalls ein mißbildetes Genitale; es finden sich analoge Verhältnisse, wie in dem erstbeschriebenen Falle; nur finden sich in beiden Schamlefzen diese Gebilde, welche ich als Hoden ansprechen möchte.

Der Großvater väterlicherseits und der Urgroßvater mütterlicherseits waren Brüder.

Nun berichtet der Vater, daß die ältere Person in dem hodenähnlichen Gebilde insbesondere bei Anstrengungen starke Schmerzen habe; da es ja bekannt ist, wie u. a. auch von Neugebauer hervorgehoben wird, daß solche retinierte

Gebilde sehr gerne maligne entarten, so entsteht die Frage, ob wir berechtigt wären, dasselbe zu exstirpieren.

Der Vater wünscht die jüngere Person als Mädchen zu erziehen und verlangt auch, daß man bei derselben die beiden hodenartigen Gebilde entfernen solle. Nach der Meinung des Vortr. ist man dazu nicht berechtigt, doch möchte er sich die Frage erlauben, ob hier vielleicht eine andere Meinung darüber vorherrscht und ob man nicht durch Exstirpation derselben den weiblichen Habitus erhalten könnte.

Schließlich noch eine soziale Frage. Der Vater, der ob dieser Enthüllung ganz verzweifelt ist, möchte hier anfragen, ob vielleicht die Anwesenden mit ihrer reichen Erfahrung einen Rat geben könnten betreffs des Berufes, welchen seine beiden Kinder ergreifen sollten.

Ferner demonstriert Haim einen Fall, bei dem ein **Oberkiefersarkom** und **Morbus Basedowii** gleichzeitig vorhanden waren.

Es handelt sich um einen 14 Jahre alten Burschen, bei welchem am 16. Juli 1906 von Haim wegen eines von der Pulpa des noch nicht durchgebrochenen Weisheitszahnes ausgehenden Fibrosarkoms nach vorheriger Unterbindung der Carotis externa mit Kocherschem Schnitte der rechte Oberkiefer total resciziert wurde.

Der Knabe bemerkte den Tumor, welcher sehr rasch wuchs, seit Oktober 1905; im März v. J. suchte derselbe eine chirurgische Klinik auf, wo eine Probeexzision gemacht, die Operation jedoch angeblich wegen eines Herzfehlers verweigert wurde.

Der Grund der Vorstellung des Knaben ist der, daß derselbe gleichzeitig an Morbus Basedowii litt. Die Erscheinungen dieses sollen sich seit dem 11. Lebensjahre entwickelt haben. Als der Vortr. den Knaben sah, waren alle Symptome deutlich ausgesprochen, insbesondere starker Exophthalmus, eine Struma vasculosa, sowie ausgeprägte Tachykardie (160 Pulse in der Minute); es ist anzunehmen, daß wegen des letzteren Symptoms auf der Klinik die Diagnose „Herzfehler" gemacht wurde.

Interessant und bemerkenswert ist der Umstand, daß nach der Operation die Symptome des Morbus Basedowii vollkommen zurückgingen.

Die Herztätigkeit ist wieder ganz normal (80 Pulse in der Minute), der Exophthalmus ging zurück, ebenso wurde der Hals schmäler. Patient trägt um 3 cm kleinere Halskragen; er befindet sich jetzt völlig wohl und trägt eine Prothese.

Es muß unentschieden gelassen werden, was die Ausheilung des Morbus Basedowii bewirkt hat, ob die Resektion des Oberkiefers oder die Unterbindung der Carotis externa, welche jedoch schon nach dem Abgang der Thyreoideae unterbunden wurde.

Hochsinger demonstriert ein 4 Wochen altes Kind mit **multipler Epiphysenlösung infolge hereditär-syphilitischer Osteochondritis.**

An diesem 4 Wochen alten, ziemlich gut genährten, aber auffallend blassen Säugling fällt zweierlei auf, erstens eine eigentümliche Haltung der Gliedmaßen und zweitens eine Auftreibung, welche sämtliche großen Extremitätengelenke betrifft.

Die Mutter des Kindes macht die Angabe, daß das Kind schon unmittelbar nach der Geburt durch die Regungslosigkeit seiner Gliedmaßen auffiel und daß es die Arme überhaupt nicht bewegen konnte. Später erst sei allmählich eine Verdickung an den Gelenkenden der Knochen aufgetreten.

Aus der Anamnese erfahren wir des weiteren, daß das Kind um 14 Tage zu früh zur Welt gekommen ist und gleich bei der Geburt mit je vier Blasen an den Fußsohlen behaftet war. Das Kind wurde künstlich genährt.

Die Mutter des Kindes war zweimal verheiratet, hatte vom ersten Manne zuerst zwei lebende Kinder, später folgten drei Abortus hintereinander. Die beiden erst lebendgeborenen Kinder starben: das erste 2 Jahre alt an Diphtherie, das zweite ebenso alt an tuberkulöser Hirnhautentzündung. Der erste Mann starb an Tuberkulose.

Aus der Verbindung mit dem zweiten Manne, welcher vor jetzt 13 Jahren syphilitisch infiziert war, ging zunächst eine 6 monatige Totgeburt hervor und dann das hier demonstrierte Kind. An der Mutter finden sich nicht die leisesten Zeichen ehemaliger Lues.

Sämtliche Gelenksenden der langen Röhrenknochen dieses Kindes sind aufgetrieben und druckempfindlich. Am meisten das Schulterende des linken Ober-

armes, dann beide Ellbogen- und Kniegelenke. Aber auch die Hüftgelenksenden der Oberschenkel sind verdickt und schmerzhaft. Die den Knochen anliegenden Weichteile um die Gelenke herum sind in die Schwellung mit einbezogen, nur die Haut über den Gelenken ist frei und verschieblich. Auffallend ist am linken Oberschenkel eine das obere Drittel desselben okkupierende, zirkuläre, sehr druckempfindliche Auftreibung.

Interessant ist die Haltung der Gliedmaßen. Die oberen Extremitäten erschienen anfänglich vollständig gelähmt, trotzdem konnten durch Nadelstiche reflektorisch Bewegungen mit den Fingern ausgelöst werden. Jetzt ist wohl schon eine leichte Beweglichkeit der oberen Extremitäten vorhanden, allein die Unterarme und Hände sind noch immer sehr schwer beweglich, die Hände selbst sind gebeugt, proniert und abduziert. Passive Bewegungsversuche sind schmerzhaft und von Weinen begleitet. Die Oberarme erscheinen eng an die Seitenteile des Thorax angeschlossen. An den unteren Extremitäten besteht gleichfalls eine Bewegungsstörung. Dieselben werden spontan kaum bewegt, jedoch bieten sie nicht, so wie die oberen, das Bild einer schlaffen Lähmung, vielmehr das einer tonischen Beuge- und Adduktionskontraktur. Ganz unförmig sind die oberen und unteren Gelenksenden der Kniegelenke aufgetrieben, auch die Sprunggelenke sind verdickt. Das Kind zeigt im übrigen chronischen Schnupfen, welcher seit der 2. Lebenswoche besteht, an den Fersen je eine diffus infiltrierte Hautstelle, an den Fußsohlen einige kleine, schinkenfarbige Flecken, Reste der ehemaligen Pemphigusblasen. Ein universelles Luesexanthem ist nicht zum Vorschein gekommen

Es handelt sich im vorliegenden Falle zweifellos um eine durch angeborene Syphilis hervorgerufene, allgemeine Knochenerkrankung, in deren Vordergrund die Wegnersche Osteochondritis mit Epiphysenlösung steht.

Das seltene an dem Falle ist, daß das Kind mit gelähmten Gliedmaßen zur Welt kam (in der Regel entwickelt sich die Bewegungsstörung erst später) und daß so hochgradige Auftreibungen an den Knochenenden sich eingestellt haben.

Die Auftreibungen sind als Kallusbildungen zu betrachten, welche Folge der Epiphysenlösung sind, die an allen größeren Gelenksenden stattgefunden hat. Am distalen Ende des Oberarmes läßt sich noch eine deutliche Verschiebbarkeit zwischen Epiphyse und Diaphyse nachweisen. Der lähmungsartige Zustand ist eine Folge der Knochenerkrankung und darauf zurückzuführen, daß die Muskel- und Sehnenansätze, welche an der entzündeten Bein- und Knorpelhaut entspringen, in den Erkrankungsprozeß mit einbezogen sind und mit einer Einstellung ihrer Funktion antworten.

Es sei noch bemerkt, daß auch an den kurzen Röhrenknochen Verdickungen bestehen und daß, wie das Röntgenbild lehrt, eigentlich das ganze Knochensystem schwer erkrankt ist, während die Haut nur relativ geringfügige Veränderungen zeigt. Die Tatsache verdient Hervorhebung, daß bei der angeborenen Syphilis generelle Skeletterkrankungen viel häufiger sind als Exantheme, daß sie jedoch häufig viel zu undeutlich ausgesprochen sind, um bei der Palpation die Aufmerksamkeit des Untersuchers zu erregen, bei radiologischer Untersuchung jedoch immer zum Vorschein kommen. Von größtem Interesse erweist sich die Röntgenuntersuchung des Knochensystems bei dem vorgestellten Kinde.

Während normalerweise der Diaphysenschatten eines langen Röhrenknochens bei einem jungen Säuglinge mit einer haarscharfen dunklen Linie endigt, welche der Ausdruck der Verkalkungszone eines Epiphysenknorpels ist und die knorpelige Epiphyse selbst vollständig unsichtbar bleibt, fehlt hier die dunkle, scharfe Begrenzungslinie überall vollständig. An deren Stelle tritt eine massive Verbreiterung, Auftreibung und Aufhellung der Diaphysenschattenenden, mit verwaschenen Grenzkonturen gegen die Epiphyse. Die dunklen Diaphysenschatten sind an ihren Epiphysenenden allenthalben von einem pilzförmigen, helleren Schattenbild umgeben, welches an Stelle der sonst unsichtbaren Epiphyse hervortritt, zum Beweis dafür, daß die Kalkablagerung in unregelmäßiger Form auch um die Epiphysenknorpel herum stattgefunden hat. Dieses Bild ist besonders deutlich an beiden Enden der Oberarmknochen, dann an den Knochenenden beider Kniegelenke und an dem proximalen des linken Oberschenkels festzustellen. Überdies ist allenthalben um die langen Röhrenknochen herum eine neue Zone von periostaler Knochensubstanz in Form eines hellen Schattens angelagert, so daß die alten Knochen sich zu der periostalen Auflagerung im Röntgenbilde ver-

halten, wie eine Zigarrenspitze zu ihrem Etui. Die unförmigen Auftreibungen an den Epiphysenenden der Röhrenknochen sind in Verkalkung begriffener Kallus, welcher sich mit der syphilitischen Periostitis zu einer besonders üppigen Wucherung kombiniert. Infolge der hochgradigen syphilitischen Osteochondritis, welche mit Substitution der Verknöcherungszone durch syphilitisches Granulationsgewebe zwischen Epiphyse und Diaphyse einhergeht, lockert sich die Verbindung zwischen diesen beiden Knochenteilen. Traumen, Muskelzug, ja der Geburtsakt können imstande sein, die Verbindung an einer oder der anderen Stelle zu lösen. Die eigentliche Epiphysenlösung ist somit im wesentlichen nichts als eine Fraktur innerhalb der rarefizierten oder gänzlich zu Granulationsgewebe metamorphosierten subchondralen Gewebslage. Sowie aber Epiphyse und Diaphyse schlottern, kommt es wie bei jeder anderen Fraktur zur reaktiven Kallusbildung, welche im Röntgenbilde hier besonders schön zum Ausdruck gekommen ist.

Auf zweierlei Umstände soll noch hingewiesen werden. Erstens: daß es keiner besonderen chirurgischen Behandlung bedarf, um diese Frakturen zur Heilung zu bringen, es genügt die antisyphilitische Behandlung, um in kürzester Zeit die Knochenschwellung und die Bewegungsstörung zu beseitigen. Zweitens findet sich genau dasselbe Lähmungsbild auch bei solchen syphilitischen Säuglingen, welche keine so bedeutenden Auftreibungen an den Gelenksenden zeigen wie dieser Fall. Man ist deswegen vielfach in dem Irrtum verfallen, solche Lähmungen als spinale zu betrachten. Die Röntgenuntersuchung der Knochen bei solchen Extremitätenlähmungen syphilitischer Kinder lehrt jedoch, daß immer periostale und perichondrale Wucherungen vorliegen, welche von einem entzündlichen Prozeß im Periost herrühren, der sich auf die Muskeln und Sehnen überpflanzt und zur Lähmung der Gliedmaßen führt.

IV. Monats-Chronik.

Berlin. Nach einer vom Statistischen Amte der Stadt im Anschluß an die Volkszählungen im Deutschen Reiche veranstalteten Statistik über **Säuglingsernährung** wurden von 100 Kindern bis zu einem Jahre mit Muttermilch ernährt am 1. Dez. 1885: 55,2, 1890: 50,7, 1895: 43,1, 1900: 31,4. In ziemlich gleichem Verhältnisse sank die Ernährung mit Ammenmilch, nämlich von 1885: 2,6 %, 1890: 2,2 %, 1895: 1,4 % und 1905: 0,7 %. Demnach ist die natürliche Säuglingsernährung in 15 Jahren von 57,8 % der Säuglinge auf 32,1 % zurückgegangen. Die Ernährung durch Tiermilch und Surrogate ist entsprechend gestiegen.

— Über eine **Petition zur Aufhebung des Impfzwanges** ging die Petitionskommission des Reichstages zur Tagesordnung über, nachdem von seiten der Regierung erklärt war, sie könne weder einer Beseitigung noch Abschwächung des Gesetzes zustimmen.

— Die **Abteilung für Kinderkrankheiten** im Rudolf Virchow-Krankenhaus ist eröffnet.

Charlottenburg. Priv.-Doz. Dr. Keller (Breslau-Magdeburg) ist zum Direktor der Musteranstalt zur Bekämpfung der Säuglingssterblichkeit ausersehen.

Wiesbaden. Eine **Säuglingsmilchanstalt**, welche nach Biedertschem Verfahren hergestellte Milch billig abgibt, ist von der Stadt gegründet. In Verbindung damit steht eine Mutterberatungsstelle.

Halle. Die Anstellung eines **Schularztes** und **Stadtarztes** ist beschlossen.

Lübeck. Die Errichtung von **Fürsorgestellen** und **Walderholungsstätten für Lungenkranke** sowie von **Fürsorgestellen für Mütter und Säuglinge** und Einführung von **Hilfsvereinen** ist beim Bürgerausschuß beantragt.

Meiningen. Die **Schulärzte** sind angewiesen, jährlich 3- bis 4 mal über **Gesundheitslehre vor den Eltern der Schüler** vorzutragen.

Nürnberg. Der Magistrat hat **sechs Ärzte** mit der Beaufsichtigung der Kostkinder bei einem Jahresgehalt von 500 Mk. betraut.

Verantwortlicher Redakteur: Dr. Eugen Graetzer in Friedenau-Berlin. — Verlag von Johann Ambrosius Barth in Leipzig. — Druck von Metzger & Wittig in Leipzig.

Centralblatt für
Kinderheilkunde.
Eine Monatsschrift für praktische Ärzte.

XII. Jahrgang. 1. August 1907. No. 8.

I. Originalbeiträge.

Über den Wert des Sanatogens im Wochenbett.

Von

Dr. K. Ganz.

Die vorzüglichen Eigenschaften, die das Sanatogen durch seinen Gehalt an 95 % Kasein, dem Eiweiß der Milch, und 5 % des Natronsalzes der Glyzerinphosphorsäure, einem Spaltungsprodukt des Lecithins, besitzt, veranlaßten mich, die Wirkungsweise desselben bei normalem und abnormem Verlaufe des Wochenbettes zu prüfen. Die durch zahlreiche Autoren mit Sanatogen unternommenen Stoffwechselversuche haben die leichte Assimilierbarkeit und Verdaulichkeit, sowie den hohen Nährwert desselben erwiesen; das Sanatogen vermag durch Verminderung der Stickstoffausscheidung einem Zerfall des Eiweißes im Organismus vorzubeugen. Chajes hat durch refraktometrische Eiweißbestimmungen des Blutserums nach Aufnahme von Sanatogen gefunden, daß die Zufuhr von großen Sanatogenmengen eine Steigerung des Eiweißgehaltes des Blutserums zur Folge habe; somit ist experimentell der Beweis erbracht, daß Sanatogen auch Eiweiß anzusetzen vermag. Es lag daher der Gedanke nahe, dieses ausgezeichnete Mittel im Puerperium, wo ein größerer Stoffumsatz auch einen größeren Verlust an Körpermaterial bedingt, als Nahrungsstoff heranzuziehen. Während den eiweißartigen Stoffen beim Aufbau des Organismus die größte Rolle zufällt, mithin Eiweißverlust sich bald fühlbar macht, dienen die ebenfalls zum Ersatze des Stoffwechselverbrauches dienenden Kohlehydrate und Fette als Eiweißsparer. Da das Eiweiß unter den Nahrungsstoffen die wichtigste Bedeutung hat und während einer Krankheit oder im Wochenbett gewöhnlich ein größerer Eiweißzerfall stattfindet, der nur dadurch paralysiert werden kann, daß die Nahrungszufuhr erhöht wird, so ist vom therapeutischen Standpunkt die Unterstützung der beim Wochenbett ohnedies dürftigen Diät durch ein Eiweißpräparat von der Provenienz des Sanatogens gerechtfertigt.

Durch die zweite Komponente des Sanatogens, das glyzerinphosphorsaure Natrium, wird die tonische Wirkung vermehrt, wodurch eine größere Aufnahme- und Ausnützungsfähigkeit von Eiweiß stattfindet. Im Sanatogen ist uns daher ein Mittel in die Hand gegeben in Fällen, wo eine künstliche Hebung des Allgemeinbefindens durch

Nutritia, die durch die gewöhnliche Kost nicht erzielt werden kann, notwendig erscheint.

Ich hatte mehrfach Gelegenheit, das Sanatogen im Wochenbett sowohl nach Abortus als auch nach normaler Schwangerschaft anzuwenden, insbesondere in jenen Fällen, bei welchen eine geringe Appetenz vorlag, oder Fieber oder eine interkurrierende Krankheit die Wiederherstellung der Wöchnerin in Frage stellte. Gerade im Wochenbett, namentlich in den ersten Tagen, wo nur flüssige Nahrung verabreicht werden darf und ein Übergang zur konsistenten Kost nach 3—4 tägiger blander Diät mit Gefahren verbunden ist, spielt die Darreichung von diätetischen und roborierenden Nährpräparaten, die leicht resorbierbar und löslich sind, eine wichtige Rolle; dies gilt um so mehr für die mit Fieber einhergehenden Puerperien und solchen nach großen Blutverlusten oder nach einer Fehlgeburt. In allen diesen Fällen vermag das Sanatogen vortreffliche Dienste zu leisten, da es allen Anforderungen entspricht, die an ein gutes Roborans und Nutriens gestellt werden können. Ein Hauptvorzug, der dem Sanatogen eigen ist, nämlich seine appetitsteigernde Wirkung, trägt viel zur Erhöhung des Körpergewichtes bei, die geistige und körperliche Elastizität nimmt zu, und die Wöchnerinnen sind infolge dessen früher imstande, das Bett zu verlassen.

Was die Art der Darreichung des Sanatogens anlangt, kann dasselbe entweder allein für sich oder in Milch, Suppe, Wein, Tee oder anderen Flüssigkeiten gereicht werden; das Pulver muß aber zuvor in der kalten Flüssigkeit verrührt und erst dann erwärmt genossen werden.

Aus der großen Zahl von Fällen, in denen mir die Verwendung des Sanatogens Nutzen brachte, mögen einige Krankengeschichten angeführt werden.

Fall 1. Frau E. S., 34 Jahre alt. IV. para. Die Geburt des ausgetragenen Kindes ging gut von statten; Wochenbett normal verlaufend. Da Patientin an einem chronischen Magen- und Darmkatarrh leidet, ist die Nahrungsaufnahme sehr gering, sodaß die Wöchnerin ganz heruntergekommen ist. Die objektive Untersuchung ergibt schwachen Muskel- und grazilen Knochenbau, blasse Schleimhäute, belegte Zunge, Magendrücken; Herz und Lungen normal. Da Milch erbrochen wird, verordnete ich der Patientin Schleimsuppen mit Zusatz von 3 mal täglich je 1 Kaffeelöffel Sanatogen. Dasselbe wird sehr gut vertragen, der Gesichtsausdruck wird munterer; die Kräfte nehmen sichtlich zu, und nach 8 Tagen kann bereits mit der gewöhnlichen Kost begonnen werden. Dazwischen Darreichung von Sanatogen; nach weiteren 14 Tagen fühlt sich die Kranke so weit gekräftigt, daß sie das Bett verlassen hat und jede anderweitige Nahrung vertragen kann.

Fall 2. Frau A. R., 43 Jahre alt. Die ersten vier Geburten normal. Gegenwärtig im 5. Lunarmonat schwanger; Patientin klagt über Schmerzen im Unterleib und Blutabgang. Die Untersuchung per vaginam ergibt erweiterten Muttermund für einen Querfinger. Nach 2 Stunden spontanes Springen der Eiblase, Wehen, Einsetzen der Geburt. Wegen starker Blutung wird die Placenta manuell gelöst und Ergotin verordnet. Infolge des starken Blutverlustes entwickelte sich eine hochgradige Anämie mit Ohrensausen und Schwindelanfällen. Therapie: lauwarme Milch mit Zusatz von 1 Kaffeelöffel Sanatogen auf $^1/_4$ Liter, später Taubenbrühe ebenfalls mit Sanatogen versetzt, kalte Kompressen auf den Unterleib. Nach 3 tägiger Behandlung mit dieser Diät nimmt die Körperkraft zu, die Schleimhäute röten sich, die anämischen Erscheinungen treten zurück. Zu dieser Diät tritt nach und nach mehr kompaktere Nahrung dazu, wie

geschabtes rohes Fleisch, Schinken, Omelette und weichgekochte Eier. Zu meiner Freude war die Wöchnerin nach 14 tägiger Sanatogenmedikation soweit hergestellt, daß sie als vollkommen gesund betrachtet werden und ihre Beschäftigung als Büglerin aufnehmen konnte.

Fall 3. M. P., 23 Jahre alt, Lehrersgattin, abortierte vor einigen Tagen nach 2 monatlicher Schwangerschaft. Die Lochien sind übelriechend; Temperatur 39,5°. Unterleib auf Druck empfindlich. Appetit gering, Stuhlverstopfung. Da Eihautreste im Uterus vermutet werden, wird derselbe ausgeräumt, worauf das Fieber am nächsten Tage auf 37,8° sank. Wegen vollständiger Appetitlosigkeit und großer Schwäche wird Milchdiät mit Zusatz von Sanatogen vorgeschrieben, was gerne genommen wird. Nach 4 Tagen war Patientin vollständig fieberfrei, fühlte sich bedeutend gekräftigt, so daß sie sich im Bette aufsetzen konnte. Außer Sanatogen erhält sie in der Folge Kraftbrühe, leichten Wein, worauf die Genesung weitere Fortschritte machte.

Fall 4. B. Z., 38 jährige Schlossersgattin; VIII para, hat zweimal abortiert. Vor 6 Tagen normaler Geburtsverlauf, seit 2 Tagen Fieber. Diagnose: Puerperalfieber. Objektive Untersuchung ergibt: Patientin mittelgroß, von zartem Knochen- und Muskelbau, schwachem Paniculus adiposus. Gesicht gerötet, Zunge belegt, sichtbare Schleimhäute blaß. Am Herzen unreine Töne; Abdomen mäßig aufgetrieben, tympanitischen Schall in den unteren Partien aufweisend. Sensorium ein wenig getrübt, großer Durst, Stuhlverhaltung. Therapie: Chinin, nasse Umschläge um das Abdomen, Uterusausräumung und nachherige Sublimatspülungen. Da die flüssige Nahrung erbrochen wird, wird Sanatogen in kaltem Wasser gequirlt, anfangs 5, später 10 Kaffeelöffel täglich, gereicht. Nach 14 tägiger Behandlung tritt Besserung ein, das Fieber hat nachgelassen; Patientin kann bereits Suppen, Tauben- und Kalbfleisch vertragen. Sanatogen wird fortgesetzt und mit verschiedenen Flüssigkeiten gut vertragen. Nachdem Patientin nach weiteren 3 Wochen an Gewicht zunimmt, der Zustand zusehends besser wird, wird mit der Sanatogenmedikation ausgesetzt und gewöhnliche Kost gereicht. Aber einige Tage darauf mußte sie wieder zu Sanatogen greifen, das sie noch 8 Wochen nahm; hierauf vollkommene Genesung.

Fall 5. C. D., 30 jährige Agentensgattin, leidet seit 3 Jahren an beiderseitigem Lungenspitzenkatarrh und befindet sich jetzt in der ersten Woche des Puerperiums. Die Untersuchung ergibt an beiden Lungen bis zur Spina scapulae gedämpften Schall und zahlreiche bronchitische Geräusche mit metallischem Beiklang. Da der Körperzustand ein trister ist, wird das Kind der künstlichen Ernährung unterzogen; die Mutter erhält kräftige Kost, als Medikament mehrmals täglich je 1 Kaffeelöffel Sanatogen, entweder für sich oder mit den Speisen gemischt. Nach 14 Tagen abermalige Untersuchung, die ein bedeutend besseres Ergebnis aufweist. Fortsetzung der Therapie; nachdem fünf Schachteln Sanatogen verabreicht wurden, war Patientin soweit hergestellt, daß sie einen Landaufenthalt nehmen konnte. An beiden Lungenspitzen besteht noch immer der tympanitische Schall, auskultatorisch bloß vereinzelte mittelblasige Rasselgeräusche ohne metallischen Klang.

Nicht minder gute Dienste leistete mir das Sanatogen in Fällen mangelhafter Milchsekretion bei stillenden Müttern; ob dies dem Einfluß des Sanatogens zuzuschreiben ist oder mit der Hebung des Allgemeinzustandes zusammenhängt, läßt sich nicht entscheiden. In jedem Falle ist das Sanatogen ein mittel- oder unmittelbarer Behelf zur Anregung der Milchsezernierung. Ich lasse daher solche Frauen Sanatogen in jeder Form nehmen und bin mit den dabei gewonnenen Resultaten sehr zufrieden; Mutter und Kind erfreuen sich dabei des besten Wohlbefindens.

Aus dem Angeführten ergibt sich zur Genüge, welch großen Vorteil die Sanatogenmedikation in den ersten Tagen des Wochenbettes bietet. Das Präparat wurde auch in jenen Fällen gut vertragen, wo alles andere erbrochen oder mit Widerwillen genommen wurde. Das Aussehen der Patientinnen besserte sich bald sichtlich,

der Appetit steigerte sich schon nach den ersten Gaben von Sanatogen, dessen kalorimetrischer Wert durch seinen hochprozentigen Eiweißgehalt unerreicht dasteht. Das Wochenbett sowohl gesunder Wöchnerinnen als auch solcher, die infolge größerer Blutverluste oder Puerperalfiebers bedeutend gelitten haben, wurde abgekürzt und die Kranken früher arbeitsfähig. Bei stillenden Frauen trat die roborierende Wirkung des Sanatogens hinzu, wodurch namentlich schwächliche Frauen sich rasch erholten und reichliche Milchsekretion darboten.

Es bestätigt sich auch hier die von vielen Autoren gerühmte tonische und diätetische Wirkung des Sanatogens, dessen hoher Nährwert zur Steigerung der Körperkraft und zum Ersatz der im gesunden und kranken Organismus vor sich gehenden Verbrennung von Nährmaterial beitragen kann. Bei der Wahl eines guten Nährmittels auch im Wochenbett sei hiermit auf Sanatogen verwiesen.

II. Referate.

A) Aus deutschen Zeitschriften.

Karl Svehla, Über neue Symptome der Affektionen der Mastdarmschleimhaut, besonders über Fissurae ani mit Symptomen einer Coxitis. (Jahrb. f. Kinderheilk. Bd. 63. Heft 2.) Die Erkrankungen der Mastdarmschleimhaut, so schließt Verf. aus 5 von ihm beobachteten Fällen, zeichnen sich durch besondere, bisher unbeschriebene Symptome anderer Krankheiten aus, und zwar sowohl wenn es sich um bloße Reizungen handelt, die sich durch Hyperämie der Mastdarmschleimhaut kenntlich machen, oder um evidente Analfissuren. Die Symptome zeigen Ähnlichkeit mit denen der Erkrankungen der Verdauungsorgane in den höher gelegenen Teilen (kolikartige Schmerzen) oder man findet verschiedenartig in den unteren Extremitäten lokalisierte Schmerzen oder schließlich auch Erscheinungen, welche bisher als charakteristische Merkmale für Coxitis angesehen wurden. Bei den Männern kann die Fissura ani Prostatorrhoe verursachen, was dazu führen kann, daß man die Diagnose irrtümlicherweise auf Gonorrhoe stellt.

Zur Therapie gibt Verf. folgendes an: 1. 3 mal täglich ein Sitzbad, außerdem noch ein Sitzbad nach jedem Stuhl. 2. Nach dem Bade Bestreichen des Mastdarmes mit Vaseline oder 2 %iger Kokainsalbe. 3. Laxantien, eventuell Regelung der Diät zur Erzielung des breiigen Stuhles. 4. Einführung eines 0,01 g Cocaini hydrochlorici enthaltenden Suppositoriums, und zwar nach dem Stuhl und dann noch einmal, wenn auch der Stuhl nicht erfolgte, jedoch erst mindestens nach Ablauf von 6 Stunden nach Benutzung des ersten Suppositoriums.

In der Regel heilt die Fissura ani unter Benutzung der oben beschriebenen Handlungsweise im Laufe von 5—7 Tagen. Hecker.

Marie Kühne, Über zwei Fälle kongenitaler Atresie des Ostium venosum dextrum. (Jahrb. f. Kinderheilk. Bd. 63. Heft 2.)

Aus den differentialdiagnostischen Bemerkungen heben wir hervor: bei hochgradiger Cyanose, Stickanfällen, Ödemen usw., die von der Geburt an bestehen, wird die Diagnose auf Atresie der Tricuspidalis lauten, wenn über dem Sternum ein lautes systolisches Geräusch zu hören ist, das nach Herzbasis und Spitze abnimmt, und wenn das Herz nach links vergrößert ist. Vergrößerung nach rechts schließt diesen Herzfehler nicht aus. Hört man dagegen das systolische Geräusch am deutlichsten im zweiten linken Interkostalraum, und ist zugleich eine Verbreiterung der Dämpfung nach rechts zu konstatieren, dann wird man eine Pulmonalstenose vermuten.

Die Prognose der angeborenen Verschließung des Ostium venosum ist noch ungünstiger als die der angeborenen Pulmonalstenose. Während bei dieser einzelne Individuen 40 Jahre und mehr erreichen, ist die längste bei Ostiumverschluß beobachtete Lebensdauer 27 Jahre. Der Tod erfolgt meist während eines dyspnoischen Anfalles oder durch eine interkurrierende Krankheit.

Hecker.

H. von Mettenheimer, Erfahrungen bei Mastdarmpolypen im Kindesalter. (Jahrb. f. Kinderheilk. Bd. 63. Heft 2.) Bericht über den Fall eines 8jährigen Mädchens, dessen himbeergroßer Mastdarmpolyp lediglich Symptome eines Mastdarmkatarrhes machte. Hinsichtlich der Ursache dieser kindlichen Polypen kam Verf. zu einem negativen Resultat, insofern er keinen Zusammenhang mit dem Status lymphaticus oder mit einer Vergrößerung des Rachenringes finden konnte. Während bei der hypertrophischen Rachenmandel die Drüsen nur einen geringen oder gar keinen Anteil nehmen, sind die Polypen in der größten Mehrzahl der Fälle reine Adenome.

Das Abbinden des Stiles ist, namentlich bei hohem Sitz des Polypen, ohne Narkose durchaus nicht so einfach; gewöhnlich reißt nämlich die Geschwulst vom Stil ab, und die Gefahr der eventuellen Blutung dabei ist sehr zu beachten. Weiterhin kann es auch von dem Rest des Stiles aus zu einer Neubildung von Polypen, zu Rezidiven kommen, und schließlich hat das Abreißen des Polypen am Stil noch den Nachteil, daß von hier aus eine Infektion des umgebenden Beckenbindegewebes stattfinden kann, wie ein ausgeführter Fall beweist.

Hecker.

Georg Frey, Die Verwendung von Sublimatseide bei Sehnenplastiken. Eine experimentelle Untersuchung. (Zeitschr. f. orthopäd. Chir. Bd. 16. Heft 3—4. S. 279.) Nach F.s Untersuchungen geht beim Sterilisieren der Seide durch Kochen mit Sublimat das Quecksilber mit der Seide eine oder mehrere chemische Verbindungen ein. Diese Verbindungen wirken außerhalb des Körpers nicht antiseptisch. Innerhalb des Körpers findet durch Abspaltung von Quecksilber wahrscheinlich eine antiseptische Wirkung statt. Dafür spricht die klinische Erfahrung, daß bei Anwendung von Sublimatseide Fadenabszesse nicht vorkommen. Die Abspaltung von Quecksilber aus der Seide geht außerordentlich langsam vor sich, denn es konnte in Seide, die zwei Jahre im Körper gelegen hatte, noch Quecksilber nachgewiesen werden. Die Untersuchungen über die Einheilung von Sublimatseide haben ergeben, daß die Einheilung derselben wesentlich anders stattfindet als die der reinen Seide. Einfache gekochte Seide heilt ohne Sekret-

bildung ein, indem sie sich mit einer dünnen, durchscheinenden bindegewebigen Kapsel überzieht. Bei der Einheilung von Sublimatseide findet zunächst eine ziemlich starke Sekretbildung um die Seide statt, eine Folge des durch das Sublimat bedingten chemischen Reizes. Derselbe chemische Reiz führt aber auch zu einer viel ausgiebigeren Bindegewebsproliferation um die Sehnen, und damit ist die Anlage zu einer kräftigeren späteren Sehne gegeben. Joachimsthal.

Th. Wartmann, Über gesteigertes Längenwachstum der Röhrenknochen jugendlicher Individuen im Anfangsstadium tuberkulöser Gelenkentzündungen. (Zeitschr. f. Chir. Bd. 84. S. 105.) Aus den Krankengeschichten über Hüft- und Kniegelenkstuberkulose, die W. mitteilt, ergibt sich das Faktum, daß oftmals (infolge Nichtgebrauchs bei lange dauernder Erkrankung) ein Zurückbleiben des Fußes im Wachstum eintritt, während gleichzeitig trotz desselben Nichtgebrauchs Femur und zuweilen auch Tibia desselben Beines länger werden. Joachimsthal.

Heinrich Braun, Über die willkürlichen Verrenkungen des Hüftgelenks. (Arch. f. klin. Chir. Bd. 80. Heft 2. S. 526.) Bei dem 18jährigen Mädchen, das B. beobachtet hat, war die Verrenkung des Hüftgelenks plötzlich entstanden. Die Kranke konnte durch Anspannung gewisser Muskeln im Stehen die Verschiebung des Gelenkkopfes erzeugen, teils kam diese beim Gehen von selbst zustande, sodaß es sich um eine Kombination einer willkürlichen mit einer habituellen Luxation handelte. Die Verrenkung des Gelenkkopfes erfolgte unvollständig nach außen mit einem heftigen Schmerz und lautem Krach. Nachdem durch Ruhe, Extensions- und Gipsverbände die unerträglichen Beschwerden nicht beseitigt wurden, entschloß sich B. zu einer Freilegung des Gelenks. Bei derselben fand sich kein Antrum cartilagineum. Um den Femurkopf an seinem Austreten zu verhindern, meißelte B. von dem oberen hinteren Rande der knöchernen Pfanne ein etwa 5—6 cm langes und 2 cm breites Stück ab, schlug dieses nach abwärts, indem es seitlich in seiner Verbindung mit den übrigen Knochen eingeknickt wurde, fixierte es in dieser Stellung und legte einen Beckengipsverband mit Fenster an. Nach 6 Wochen konnten die Verbände fortgelassen werden, das Mädchen ging ohne Schmerzen und ohne die geringste Verschiebung des Gelenkkopfes. Joachimsthal.

C. Posner, Über angeborene Strikturen der Harnröhre.[1]) (Berliner klin. Wochenschrift. 1907. Nr. 13.) Es gibt gewisse Entwicklungsanomalien der Harnröhre, die wenigstens in ihrem Endeffekt genau den echten Strikturen entsprechen. So die angeborenen Verengerungen am Orificium urethrae, die ja bis zu vollkommener Atresie führen können, aber auch, wenn eine Öffnung wirklich vorhanden ist, unter Umständen sehr erhebliche Störungen im Gefolge haben: Schwierigkeiten der Harnentleerung, ja allmählich sich ausbildende Retention, ferner auch Inkontinenz; manche Fälle scheinbar

---

[1]) Vortrag, gehalten in der Hufelandschen Gesellschaft in Berlin am 17. Januar 1907. — Diskussion s. „Vereinsnachrichten" in diesem Hefte.

nervöser Enuresis bei Kindern sind durch solche kongenitale Enge des Orificiums bedingt und durch deren Operation zu heilen. Auch an der Fossa navicularis kommen gelegentlich kongenitale Faltenbildungen vor, die z. B. dem Katheterismus Schwierigkeiten entgegenstellen.

Wie steht es nun mit Verengerungen an derjenigen Stelle, die für die erworbene Striktur als klassisch gilt: Übergangsstelle zwischen Pars bulbosa und membranacea? Auch hier kommen angeborene Mißbildungen in Gestalt halbmondförmiger Klappen, welche das Lumen mehr oder weniger beengen, als Rest der sogen. Kloakalmembran vor. So ist ein Fall bekannt (Toluszewski), in welchem sich bei einem Neugeborenen bereits hochgradige Veränderungen der Pars prostatica, der Vesicula prostatica, Blase, Harnleiter und Nieren ausgebildet hatten. Andere Fälle sind bekannt, darunter einer, der das Symptomenbild um einen eigenartigen Zug erweitert: Während nämlich sonst wesentlich nur die Störungen der Harnentleerung selbst hervortraten — also Pressen beim Urinieren, Entleerung der Blase, Inkontinenz und Enuresis nocturna — kam hier noch Hämaturie hinzu.

Einen ähnlichen Fall beobachtete P. und gibt folgende Krankengeschichte:

„Ich darf von meiner eigenen Beobachtung kurz mitteilen, daß es sich um einen 11 jährigen Knaben handelt, der bis auf überstandenen Scharlach im wesentlichen gesund gewesen sein soll; auch über etwaige Enuresis war nichts bekannt. Er erkrankte, nach dem mir zugegangenen Bericht, im Sommer 1905 „unter den Erscheinungen einer Pyelitis“, d. h. in diesem Fall mit Schmerzen in der Gegend der rechten Niere und Trübung des Urins; gleichzeitig stellte sich heftiger Harndrang ein, und eines Tages kam es zu einer beträchtlichen Hämaturie; diese schwand, es blieb aber mikroskopisch immer etwas Blut im eitrig getrübten Urin zurück. Ganz naturgemäß wurde bei den behandelnden Ärzten der Verdacht auf einen Nierenstein rege. Aber weder die Röntgenuntersuchung, noch die Palpation vom Rektum aus gaben positive Anzeichen hierfür. Als ich den Knaben in diesem Zustand zuerst sah, fiel mir die Vorwölbung der Unterbauchgegend auf. Ein eingeführter Katheter (Nr. 11 passierte) entleerte nicht weniger als 1100 ccm eines ziemlich trüben, stark eiterhaltigen Urins. Ich glaubte anfangs an eine zufällige Verhaltung — doch zeigte sich bei wiederholten Katheterisationen immer ein analoges Verhalten. Nun wandte ich meine Aufmerksamkeit der Harnröhre selbst zu und konnte feststellen, daß der eingeführte Katheter regelmäßig in der Bulbusgegend auf ein Hindernis stieß, welches freilich ziemlich leicht zu überwinden war. Die Behandlung bestand naturgemäß in Einführung immer stärkerer Katheter mit gleichzeitiger Spülung der Blase, und ich hatte die Freude, daß bereits in wenigen Tagen eine deutliche Besserung eintrat: die Menge des Residualharns fiel sukzessive von 1100 auf 750, 500, 400, dann rasch unter 100, um nach 14 Tagen auf 10 ccm anzulangen — gleichzeitig damit hörte das schmerzhafte Drängen auf, der Harn wurde klarer, die roten Blutkörperchen schwanden gänzlich. Die Dilatation freilich konnte nicht über Nr. 16 getrieben werden, dickere Nummern überwanden den Widerstand nicht, und der Knabe mußte aus meiner Behandlung mit der Weisung entlassen werden, daß die Katheterisierung noch auf längere Zeit fortzusetzen sei.“

Auch dieser Fall ist wohl unter die Gruppe der kongenitalen Verengerungen einzureihen. Vielleicht könnte man daran denken, die voraufgegangene Scharlacherkrankung zu der Striktur in Beziehung zu setzen, also anzunehmen, daß an dem Scharlach eine Cystitis und Urethritis sich angeschlossen habe, aus welch letzterer dann die Verengerung resultiert sei. Wahrscheinlich ist dies aber nicht; es ist kaum glaublich, daß eine akute Cysto-Urethritis der sehr sorgsamen Mutter

entgangen wäre. Dunkel bleibt der Ursprung der Blutung. P. glaubt, daß es bei der allmählich ausgebildeten Harnstauung irgendwie zu einer endogenen Infektion gekommen ist, welche vorwiegend in der rechten Niere Platz gegriffen hat, daß es sich also um eine Nierenbeckenblutung gehandelt hat, die ganz das klinische Bild eines Steines vortäuschte.

Grätzer.

Pels-Leusden, Über die Madelungsche Deformität der Hand. (Aus der Chirurg. Klinik und Poliklinik der Charité in Berlin.) (Deutsche med. Wochenschrift. 1907. Nr. 10.) Verf. beobachtete einen sehr charakteristischen Fall bei einem 14 $^1/_2$ jähr. Mädchen und einen bei einer 20 jähr. Patientin. Zu ersterem gibt er folgende Epikrise:

„Als das Wichtigste in meinem Falle möchte ich hervorheben die Unregelmäßigkeit in der Verknöcherungszone am distalen Radiusende, welche rechts zu einer vorzeitigen vollkommenen Verknöcherung auf der ulnaren Seite mit entsprechendem Wachstumsminus ulnar, und Wachstumsplus radial und sekundär einer Verschiebung des Carpus geführt, links ähnliche Veränderungen, nur rudimentär entwickelt, zur Folge gehabt hat. Indem nun die Ulna noch eine Weile weiter wächst, wird sie gezwungen, dem Carpus auszuweichen und tut dies, da sie ja schon physiologisch etwas mehr nach dem Dorsum vorspringt, in dieser Richtung. Begünstigt wird das durch den starken Zug, welchen die Sehne des Musculus flexor carpi ulnaris am Pisiforme ausübt, so den Carpus volar fixierend, während das Lig. collaterale carpi ulnare, das vom Proc. styloideus ulnae entspringend am Triquetrum und Pisiforme ansetzt, bei dieser Dislokation kaum eine Dehnung erfährt, also auch kein Hindernis abzugeben braucht. Andererseits sind aber Triquetrum und Pisiforme an der ulnaren Seite des Radius durch das Lig. radio-carpeum dorsale und volare, der Proc. styloideus radii gegen das Os naviculare fest fixiert, abgesehen von den vorwiegend über das Radiocarpalgelenk verlaufenden Muskeln, so daß bei stärkerem Vorspringen der äußeren Radiusgelenkfläche der ganze Carpus in seitlicher Richtung zusammen, das Lunatum zentralwärts heraus und zwischen Ulna und Radius hineingepreßt wird (s. die obige Beschreibung). Welche Veränderungen dabei der Discus articularis eingeht, entzieht sich der Beurteilung. Der Carpus bekommt aber dabei die charakteristische, keilförmige Gestalt und wird nach der ulnaren Seite hin verschoben, wie es auf den Röntgenbildern bei Sauer (Frau, 35 Jahre) ebenfalls recht charakteristisch hervortritt und auf Benneckes Bildern, welche mir noch zur Verfügung standen, ebenfalls sehr deutlich zu sehen ist. Auch im übrigen gleichen die Röntgenbilder Benneckes und meine einander außerordentlich weitgehend, nur ist bei jenen keine Spur von der Epiphysenlinie mehr zu sehen, was bei dem erst 19 Jahre alten Mädchen entschieden auffallend ist."

Verf. ist nicht der Ansicht, daß der Grund der Erkrankung in einer rachitischen Knochenaffektion zu suchen ist, faßt auch nicht die Deformität als Folge der Verbiegung des Radius nach dem Dorsum und der radialen Seite hin auf, welche eine volare und ulnare Neigung der Radiusgelenkfläche bewirken soll, sondern hält diese Verkrümmung nur für ein begünstigendes Moment; auch dem Muskelzug kann er

keine so große Rolle beimessen, desgleichen nicht einer Überanstrengung. Er glaubt, daß man es mit einer Unregelmäßigkeit im Epiphysenknorpel in der zeitlichen und örtlichen Verknöcherung zu tun hat, welche vielleicht, wie die Exostosis cartilaginea multiplex, auf einer verkehrten Anlage des Intermediärknorpels beruht.

„Ich rechne demnach die Erkrankung als primär zu denen des Zwischenknorpels gehörend hinzu, welche, wahrscheinlich auf falscher Anlage beruhend, gelegentlich zu einer frühzeitigen Verknöcherung im ganzen Bereich der Epiphysenlinie an einzelnen Knochen und damit verändertem Längenwachstum ohne Verkrümmung, von mir an der Hand eines jungen Mädchens beobachtet, führt, gelegentlich eine unregelmäßige Verknöcherung an einzelnen Stellen der Wachstumszone bewirkt, woraus dann Verkrümmungen der Knochen, Verschiebung ihrer Gelenkflächen mit sekundären falschen Stellungen der distalen Gliederabschnitte (Madelungsche Deformität) neben Wachstumsverminderung resultieren, gelegentlich ein ganz unregelmäßiges Wachstum in abnormen Wachstumseinrichtungen mit Verkrümmungen, Exostosen und Verkürzungen an einzelnen oder zahlreichen Knochen zeitigt. In Übereinstimmung mit allen Autoren befinde ich mich darin, daß es sich um eine exquisite Erkrankung des Wachstumsalters handelt.“ Grätzer.

C. Manchot, Über einen neuen Vorschlag zur Phosphorernährung und Phosphortherapie im Kindesalter. (Aus der Säuglingsabteilung des Hamburgischen Waisenhauses.) (Münch. med. Wochenschrift. 1907. Nr. 12.) Phosphorlebertran enthält ein starkes Gift, ist unbeständig und zersetzlich. Das Verlangen nach einem vollwertigen und dabei ungefährlichen Ersatz dieses Mittels war daher sehr berechtigt. Phytin erfüllte therapeutisch nicht die Erwartungen. Es schien M. daher ratsam, auf die phosphorreichen Vegetabilien zurückzugreifen, um aus denselben die organischen Phosphorsubstanzen für die Ernährung aufzuschließen. Er wählte den Hanfsamen, weil dessen Phosphorgehalt ein recht hoher ist. Es ist den vereinigten Hamburger Ölfabriken von F. Thörl auch gelungen, ein einwandfreies Hanfmehlpräparat (zu beziehen von E. Rode, Hamburg 24) herzustellen, und aus diesem entölten Hanfmehl bereitet M. in folgender Weise eine Hanfmehlsuppe: 100 g des Mehls werden mit 1 l Wasser angerührt und bei gelindem Feuer auf etwa 250 ccm langsam eingeengt, wozu etwa $1^1/_2$—$1^3/_4$ Stunden erforderlich sind. Die Mischung soll dabei eigentlich nicht ins Kochen geraten, sondern am besten in dem Stadium bleiben, das dem Sieden vorangeht. Die Hanfsuppe wird nun durch ein feines Sieb gegossen, der Rückstand auf dem Sieb mit einem Holzlöffel sorglältig ausgedrückt. Die so erhaltene Suppe enthält noch bedeutende Mengen von Pflanzenfasern, Schalenresten und dergl. und wird daher noch durch ein feines Seihtuch filtriert. So wird eine dünne, milchige, gelbe, angenehm schmeckende Suppe erhalten. Von dieser läßt M. 30—50 ccm der jeweiligen Flasche zusetzen. Sie verträgt sich ebenso gut mit den üblichen Milchmischungen, wie auch mit Buttermilch, Malzsuppe usw. und verliert in diesen Gemengen ihren etwas strengen Nachgeschmack. Kinder mit Stimmritzenkrampf oder anderen Manifestationen der spas-

mophilen Diathese erhalten sie mit Kufekemehlsuppe 1:2 gemischt, der dann bei Rückgang der Erscheinungen allmählich steigend Milch zugesetzt wird. Die größeren Kinder, im 2. Jahre, erhalten die Hanfmehlsuppe als Zusatz zu Suppen und Breien oder der Milch zugesetzt. Die Kinder haben sie sämtlich gern genommen und gut vertragen.

Sie wurde bisher 101 Kindern gereicht, außer Rachitikern und Kindern mit spasmophiler Diathese auch schwächlichen und atrophischen Kindern. Sie wirkte überraschend günstig. Schon nach wenigen Tagen fing das Körpergewicht zu steigen an, dann begann sehr bald die schlaffe, trockene Haut fest und saftig zu werden, sich zu röten, die Muskulatur wurde kräftiger, der Gesamtzustand besserte sich zusehends. Auch bei ausgesprochener Rachitis war die Wirkung eine eklatante, der des Phosphorlebertrans in nichts nachgebende, und ebenso wurde die spasmophile Diathese recht günstig beeinflußt. Es scheint somit ein wertvoller und dabei ungefährlicher Ersatz für den Phosphorlebertran nunmehr gefunden zu sein. Grätzer.

P. Näcke (Hubertusburg), Revakzinationserscheinungen nach Fieberattacken. (Münch. med. Wochenschrift. 1907. Nr. 12.)

Unter diesem Titel macht N. Mitteilung über folgenden merkwürdigen Fall:

„Mein kräftiges, jetzt 1½jähriges Söhnchen ward (zum 1. Male) von mir am 13. September 1906 mit Erfolg geimpft. Von den 4 Schnitten am rechten Oberarm entwickelten sich die 2 oberen zu schönen, vollen Pusteln und gleichzeitig darüber eine kleine Nebenpocke, offenbar von einer leicht gestreiften Hautstelle aus entstanden. Die Vornahme der kleinen Operation nebst Vorbereitung geschah vorschriftsmäßig. Die Lymphe war vom Kgl. Lymphinstitute in Dresden bezogen worden. Die Reaktion war eine ziemlich heftige, die Rötung, brettharte Schwellung eine bedeutende, mit hohem Fieber einhergehend, etwa in der Größe von 3—4 cm Länge und 2—3 cm Breite. Von hier aus entwickelte sich sehr bald erst am Arme, dann am ganzen Körper bis zum Nacken eine Roseola, die masernähnlich aussah, aber nach 2—3 Tagen verschwand. Die Suppuration der Pusteln war eine starke und es dauerte etwa 4 Wochen, bis rötliche Narben sich gebildet hatten und die Ränder ringsum normales Aussehen gewannen. Da bekam der Kleine etwa in der Zeit vom 12.—17. November (das genaue Datum ist leider nicht notiert worden) eine leichte Angina tonsillaris et faucium mit 2tägigem Fieber und mehrere Tage anhaltender Appetitlosigkeit. Als das Fieber aufhörte, röteten sich um die noch rötlichen Impfnarben deutlich die Ränder, schwollen an, trübten sich weißlich, so daß das Ganze genau den Eindruck einer Impfpustel machte; dann gingen sie allmählich in ca. 8—9 Tagen zurück, unter leichter Abschuppung der Haut. Die übrige Haut war absolut normal. Der Kleine empfand leichten Schmerz und besonders Jucken, denn er rieb das Ärmchen oft energisch. Am 28. Dezember 1906 trat wiederum eine Angina ein und ward nach Aufhören des kurzdauernden Fiebers am 31. abermals gefolgt von einer Rötung, Schwellung und Trübung der Impfnarbenränder, und das Ganze verschwand unter leichter Abschuppung nach ca. 8 Tagen. Diesmal hatte der Kleine offenbar darunter etwas mehr zu leiden als das erstemal. Auch jetzt war die übrige Haut ganz normal.

Etwa 4 Wochen vor der ersten Angina hatte der Junge aus unbekannten Gründen (wahrscheinlich Ingestion von nicht zusagender Milch) ein 2tägiges Fieber durchgemacht, mit heftigem, etwa 2 Tage anhaltendem Erbrechen, mit Appetitlosigkeit und starker Abmattung. Hier war nichts an den Impfnarben erfolgt. Wir sehen also unmittelbar nach Aufhören des Fiebers nach einer Angina zu zwei verschiedenen Malen die Ränder der Impfnarbe das Aussehen einer Impfpustel annehmen. Keines meiner drei

anderen Kinder hat Ähnliches dargeboten. Reibung durch enganliegende Ärmel, sonstige Manipulationen oder Verunreinigung war gänzlich ausgeschlossen und es wäre immerhin eigentümlich gewesen, wenn die vorher völlig normalen Hautränder der fertigen, wenn auch noch etwas rötlichen Narben durch Reiben sich genau in der Form einer Pocke entzündet hätten und nur an dieser Stelle. Ich kann mir dieses eigentümliche Phänomen nur so erklären, daß trotz der langen Eiterung der Pustel an der Impfstelle doch noch vom Vakzinekontagium etwas lebensfähig zurückgeblieben war und dieser Rest dann durch die Fieberattacke aktiv wurde, was freilich gegen das Gesetz der Immunität stoßen würde. Auch ist es auffallend, daß ein Fieber vor der ersten Angina keine solche Reaktion zur Folge hatte. Oder sollte man etwa annehmen, daß durch die Angina gewisse Bakterien usw. in den Kreislauf eingedrungen seien und am etwaigen Locus minoris resistentiae, d. h. also an den Rändern der Narben diese Entzündung erzeugt hätten? Sie würde dann aber wohl schwerlich so pustelartig ausgefallen sein. Deshalb ziehe ich trotz einiger Bedenken die erste Erklärung vor.“ Grätzer.

H. Hans, Primäre und sekundäre Ursachen des erschwerten Décanulements in der Serumzeit. (Aus dem Krankenhause zu Limburg a. d. Lahn.) (Münch. med. Wochenschrift 1907. Nr. 12.) Die Resultate seiner Erfahrungen faßt H. wie folgt, zusammen:

1. Die Verschärfung des Aspirationszuges ist in den weitaus meisten Fällen die primäre Ursache des erschwerten Décanulements. Dieselbe wirkt auf normale Granulationen besonders im oberen Wunddreieck, sowie auf die lockere Schleimhaut des Übergangsgebietes zwischen Kehlkopf und Luftröhre durch ihre Saugkraft aufquellend und so stenosierend.

2. Der Grundsatz, die Kanüle erst wegzulassen, wenn das diphtheriekranke Kind eine Nacht oder noch längere Zeit mit verstopfter Kanüle (Entwöhnungskanüle ohne oder auch mit Fenster) hat atmen können, ist deshalb zu verwerfen.

3. Die beste Zeit des Décanulements ist der dritte bis fünfte Tag, je nach der Schwere des Falles. Leichte Fälle sind zu erkennen, abgesehen von dem Vorverlauf und dem Allgemeinbefinden, aus dem schnellen Abfall des Fiebers, Beruhigung des Pulses, Abstoßen der sichtbaren Beläge im Halse und dem Durchdringen der Stimme bei Hustenreiz trotz liegender, nicht verstopfter Kanüle.

4. Der Versuch, die Kanüle ohne längere Vorprobe wegzulassen, kann in günstigen Fällen nach 48 Stunden gemacht werden. Durchschnittlich stehen diesem frühen Termine die Gefahren des Ansaugens der Infektion nach unten, sowie die Folgen der Verschärfung des Aspirationszuges durch noch bestehende Glottisverengerung, oder durch Hustenreiz entgegen.

5. Die Trach. sup., besonders als Cricotracheotomie, ist schneller und leichter, auch bei mangelnder Assistenz, als die Trach. inf. auszuführen. Ihre dem infektiösen Herd so nahe Lage im Übergangs-

gebiete zwischen Kehlkopf und Luftröhre zwingt aber oft, besonders durch Aufquellung der Submukosa, zum Recanulement.

6. Die zeitige Trach. inf. (als Operation der Wahl) sichert auch gegen das Einsaugen der Infektion in die tieferen Luftwege.

7. Da besonders bei größeren Kindern die Stenose oft mehr durch Membranen in der Trachea und den Bronchien hervorgerufen wird, so erleichtert die Trach. inf. wegen ihrer tieferen Lage das Hinausdrehen solcher Membranen mittels Federbart.

8. Die Notwendigkeit, eine zu früh weggelassene Kanüle wieder einführen zu müssen, macht in den ersten sechs Tagen keine Schwierigkeit. Die Narbenretraktion tritt hindernd erst später dem Recanulement entgegen.

9. Seit der Serumzeit sind die ins Krankenhaus (meist) zur Operation eingelieferten, durchschnittlich schweren Fälle in ihrer Mortalität von 50—70 % auf 10—20 % zurückgegangen. Grätzer.

P. Michaelis, Eine durch Fibrolysin geheilte Ösophagusstriktur. (Aus der chirurg. Abteilung des Kinderkrankenhauses zu Leipzig.) (Medizin. Klinik. 1907. Nr. 10.) Einem 8jährigen Mädchen war vor 2 Jahren ein Kirschkern in der Speiseröhre stecken geblieben, und durch Schrumpfung bei der Heilung der Dekubitalgeschwüre war eine Ösophagusstriktur entstanden. Dieselbe wurde so eng, daß jede Nahrungszufuhr per os unmöglich wurde. Man konnte keine Sonde hindurchführen; stets fand sich ein unüberwindbares Hindernis in der Entfernung von 15 cm von der Zahnreihe. Tränkte man diese Stelle mit Novokain-Adrenalin, so konnte man nach einiger Zeit eine Sonde Nr. III Charrière durchführen. Nun wurde Fibrolysin-Merck alle drei Tage (jedesmal 2,3 ccm) an wechselnden Stellen (Armen, Rücken, Nacken) eingespritzt, daneben früh und abends sondiert. Nach der sechsten Injektion passierte eine Sonde Nr. IX leicht die Striktur und nach der siebenten Injektion fiel Sonde Nr. X glatt hindurch, das Kind konnte beschwerdelos jede Nahrung genießen. Grätzer.

Siegfried Klempner, Über bilaterale Athetose. (Neurol. Centralbl. 1906. Nr. 17.) Verf. beobachtete an der Prof. Mendelschen Klinik eine Anzahl von Kindern, welche eigenartige Spontanbewegungen darboten, welch letztere weder der echten Athetose noch der Chorea noch dem Tic zuzuzählen waren. In einer großen Anzahl dieser Fälle fand Verf. den Oppenheimschen Fußreflex deutlich ausgeprägt. Drei Fälle beschreibt er des näheren. Sie zeigen Athetosebewegungen und choreaartige Bewegungen an den Extremitäten sowie ticähnliche Bewegungen im Gesicht und Mitbewegungen. In keinem Falle Konvulsionen. Intelligenzstörungen geringen Grades in einem der drei Fälle. In keinem der Fälle Lähmungserscheinungen oder Spasmen. In allen drei Fällen bei Berührung der Lippenschleimhaut oder der Zunge rhythmisch erfolgende Saug-, Kau- und Schluckbewegungen, ein Reflex, der normalerweise nur bis zum 8.—10. Lebensmonate vorhanden ist. Auffallend war ferner in Verf.s Fällen die Zunahme der Spontanbewegungen bei der Ausführung willkürlicher Bewegungen.

Verf. bezeichnet seine Fälle als „formes frustes" der Athétose double, von der typischen bilateralen Athetose unterscheiden sie sich durch das Fehlen spastischer Zustände.

Differentialdiagnostisch kommen in Betracht die Chorea minor, die angeborene Chorea, Imbecillität u. a.

Verf. glaubt, daß die Athétose double nicht allzu selten vorkommt, nur oft verkannt wird; mancher Fall, der als Tic oder chronische Chorea gilt, ist diesem Krankheitsbild zuzurechnen. Auf das Vorhandensein des Saugreflexes, des konstantesten Symptoms der Athétose double, ist stets ein besonderes Augenmerk zu richten.

Kurt Mendel (Berlin).

Tigges (Düsseldorf), Die Gefährdung der Nachkommenschaft durch Psychosen, Neurosen und verwandte Zustände der Aszendenz. (Allgem. Zeitschr. f. Psych. Bd. LXIII. 3. u. 4. Heft.) Auf 100 Ehen, aus denen die in Anstalten Aufgenommenen stammen, kommen 118—140 geisteskranke Kinder, bei den Kindern der in Anstalten Aufgenommenen liegen viel geringere Zahlen vor (etwa 10 auf 100 Ehen), schon wegen ihres kindlichen oder jugendlichen Lebensalters. Die erblich Belasteten haben eine größere Zahl von erkrankten Kindern als die Nichterblichen. Bei ersteren ist die Kinderzahl nicht immer wesentlich vermindert, doch ist eine erhöhte Sterblichkeit im ersten Lebensjahre nachgewiesen. Als ungünstig für die Deszendenz bezüglich Erkrankung der Aszendenz erweisen sich dauernde Temperaments-, Gemüts- und Charakterabnormitäten von den leichteren Graden an bis zu den schwersten, ferner Geisteskrankheiten mit Schwachsinn, Idiotie, Epilepsie, Paralyse, chronischer Alkoholismus, umschriebene angeborene Defekte (z. B. Schwerhörigkeit, Taubstummheit) und die Verbindung dieser Mängel mit Trunksucht. Erblichkeit von beiden Seiten ist ungünstig, ebenso Konsanguinität der Eltern bei belasteter Familie. Sind bei vorliegender erblicher Belastung die Umstände günstig, namentlich bei Verbindung mit Ehegatten von gesundem Nervensystem, so tritt im Verlauf der Generationen Besserung ein. Weniger ungünstig für die Nachkommenschaft sind die einfachen Geistesstörungen und die periodischen Psychosen.

Auch die Gesunden liefern eine hohe Belastungsziffer durch psychisch nervöse Abnormitäten der Aszendenz, letztere zeigt Fälle mit auffallendem Charakter, Geisteskrankheiten und Trunksucht, hauptsächlich aber Nervenkrankheiten. Die gesund gebliebenen erblich belasteten Deszendenten haben aber oft ein besonderes Gepräge und erweisen sich als ausgesprochene Neuropathen und Originale.

Bei der Frage nach der Zulässigkeit der Ehe bei erblich Belasteten müssen alle ungünstigen Zustände berücksichtigt werden, die erfahrungsgemäß einen sicher schädlichen Einfluß auf die Kinder nehmen.

Kurt Mendel (Berlin).

Volland, Geburtsstörungen und Epilepsie. (Allgem. Zeitschrift f. Psych. Bd. LXIII. 5. Heft.) Verf. musterte 1500 Fälle durch, um sich von der Bedeutung der Geburtsstörungen als prädisponierenden Faktors für die Entstehung der Epilepsie zu überzeugen;

er fand 45 Fälle vor und prüfte sie auf hereditäre und familiäre Verhältnisse, Geburtsverlauf und Entwicklungsgang, Auftreten der epileptischen Insulte, körperlichen, geistigen Befund, besondere Merkmale bei den Anfällen. 13 der 45 Fälle wiesen hereditäre Belastung als konkurierenden Faktor für das Zustandekommen der Epilepsie auf. In sechs Fällen fand sich bei den nicht neuropathisch Belasteten Tuberkulose in der Aszendenz. Nur in drei Fällen ließen sich mit Sicherheit die Schädelveränderungen auf traumatische Einwirkungen während der Geburt zurückführen.

Das Ergebnis seiner Untersuchung faßt Verf. folgendermaßen zusammen: im Vergleich zu der großen Häufigkeit der Epilepsie spielen in der Ätiologie dieser Krankheit die Geburtsstörungen nur eine untergeordnete Rolle. Aber in einer kleinen Anzahl von Fällen sind die Geburtsstörungen als vorbereitende Ursache für die spätere Epilepsie anzuschuldigen. Durch die traumatischen Schädigungen des kindlichen Kopfes kann der Boden für den gesteigerten Erregbarkeitszustand des Gehirns geschaffen werden, der sich in Form des epileptischen Leidens äußert. Die Entwicklung des Kindes kann sich zunächst normal vollziehen, bis plötzlich, mit oder ohne Gelegenheitsursache, der epileptische Anfall sich einstellt. Die Zeit der zweiten Dentition, die Pubertätszeit und die erste Dentition sind als besonders gefährliche Entwicklungsperioden zu bezeichnen, in denen die Epilepsie mit Vorliebe zuerst auftritt, und die hinsichtlich der Prophylaxe der Epilepsie eine besondere hygienische Überwachung des prädisponierten Kindes erfordern. Kurt Mendel (Berlin).

K. Takasu, Beiträge zur pathologischen Anatomie der Idiotie. (Monatsschr. f. Psych. u. Neur. Bd. XXI. Heft 5.) Verf. berichtet über folgende zwei Fälle von Idiotie:

1. Idiotie mit Littlescher Krankheit. 19jähriger, apathischer, leicht schwachsinniger Mann, der schon seit der Säuglingszeit spastische Starre aller Extremitäten zeigte und niemals allein sitzen, stehen und gehen, nur bei psychischer Erregung die Extremitäten bewegen konnte (also keine totale Lähmung). Exitus an Lungentuberkulose. Pathologisch-anatomischer Befund: Verdickung der Pia mit einer Verkalkungsstelle über dem linken Stirnlappen, Verhärtung und Schmalheit der Frontal-, Zentral- und Okzipitalwindungen, unregelmäßige Formen und Lagerungen der Ganglienzellen in den Stirn- und Zentralwindungen, vermehrte Blutgefäße und Gliakerne in der Gehirnsubstanz (kurz: diffuse atrophische, sklerotische Veränderungen); außerdem mehrere resistentere, gefäßreiche Herde in den Zentralganglien, Kleinheit der Pyramidenbahnen und Erweiterung des Zentralkanals.

Die Störungen der Sprache und der psychischen Funktion erklären sich durch die atrophische Sklerose des Stirnlappens; die sklerotische Veränderung der motorischen Rindenregion muß als Ursache des Littleschen Krankheitsbildes angeschuldigt werden. Die übrigen Befunde: Gefäßproliferation in den Zentralganglien, Erweiterung des Zervikalkanals und Verkümmerung der Pyramidenbahnen sind teils zufällige Komplikation, teils als Folgen der Atrophie der motorischen Rindenregion zu betrachten.

2. Idiotie mit epileptiformen Krämpfen. Exitus an Lungentuberkulose. Sektionsbefund: Entwicklungshemmung der Stirnrinde, mehrere Gliome auf den beiderseitigen Corpora striata und multiple Gliose in den Markbündelstrahlungen. Die klinisch beobachteten Störungen der Sprache und der psychischen Funktionen sind in diesem Fall vielleicht durch die Entwicklungshemmung der Stirnlappen erklärt.

Die vorhanden gewesenen epileptiformen Krämpfe sind wahrscheinlich bedingt durch die Hirntumoren, wie man mit Rücksicht auf die Größe und Verbreitung der Geschwülste, die Erweiterung der Ventrikelhöhlen und den späteren Beginn der Krämpfe (erst im 2. Lebensjahr) annehmen muß. Ob die intra vitam beobachteten anatomischen Bewegungen des Kranken als eine lokale Reizerscheinung oder als eine von Kopfschmerzen hervorgerufene zwangsmäßige Reaktionsbewegung zu betrachten sind, ist schwer zu entscheiden. Verf. neigt der zweiten Ansicht zu, hierauf deute namentlich das Schlagen des Patienten mit der Faust gegen den Kopf. Kurt Mendel (Berlin).

Cremer (München-Gladbach), Arsen und Sublimat bei Infektionskrankheiten. (Dermatolog. Centralbl. Bd. IX. Nr. 11.) Verf. hat mit Arsen und Sublimat äußerlich und innerlich eine Reihe von Hautkrankheiten mit bestem Erfolge behandelt, so Flexomykosen, Sykosen, Akne, Psoriasis, Syphilis und, ausgehend von der Erfahrung, daß Arsen gerade in den Haaren besonders nachweisbar ist, auch Trichophytie und Favus, auch Ekzeme (aber nicht Säuglingsekzeme) wurden so behandelt. So erhielt z. B. ein Knabe, 9jährig, der jahrelang an Favus capillitii litt, innerlich Acid. arsenicos. 0,05/200,0 5 bzw. 3mal täglich 1 Teelöffel in Wasser nach dem Essen und äußerlich

Hydrarg. bichlor. 0,06
Acid. arsenicos. 0,03
Butyr. Cacao 10,0
Ol. physeteris 20,0
M. f. ungt.

Die Salbenzusammensetzung bei den anderen Erkrankungen ist ähnlich mit Zusatz von Mandelöl, Zinkoxyd usw., während innerlich meist Hydrarg. bichlor. und Arsen. acid. kombiniert zu gleicher Zeit gegeben wird. James O. Wentzel (Zittau).

B) Aus ausländischen Zeitschriften.

Bruch (Tunis), Phlegmon gangreneux du cou. (Archives de méd. des enf. Avril 1907.) Das betreffende, 1jährige Kind hatte, infolge einer diffusen Phlegmone, eine ausgebreitete Gangrän der vorderen, seitlichen und teilweise auch der hinteren Halshaut erlitten. Die Behandlung des Verf.s bestand in oft wiederholten Waschungen mit physiologischer Kochsalzlösung, und wurde im Laufe von 2 Monaten vollständige Vernarbung erzielt. Die ganze Gegend hatte sich überhäutet, ohne daß sich entstellende oder zusammenziehende Narben gebildet hätten. Das Resultat, welches in einem schweren Falle mit einer relativ einfachen Behandlungsmethode erzielt wurde, ist ein beachtenswertes. E. Toff (Braila).

Bruch (Tunis), Tolérance étonnante du larynx d'un enfant pour un corps étranger. (Archives de méd. des enf. Avril 1907.) Der betreffende 10 jährige Knabe hatte eine Muschelschale zerbissen und hiervon ein Stückchen verschluckt. Einige Augenblicke später trat ein Erstickungsanfall auf, dann trat Husten auf und es entwickelte sich vollständige Aphonie. Am zweiten Tage wurde die Tracheotomie ausgeführt und der Kehlkopf exploriert, doch nichts gefunden. So lange das Kind die Kanüle trug, atmete es gut, die Nahrungsaufnahme und der Schlaf waren normal. Sowie man aber versuchte, die Kanüle zu entfernen, traten Husten- und Erstickungsanfälle auf. Endlich konnte eines Tages die Kanüle entfernt werden, ohne daß derartige Anfälle aufgetreten wären, und die Atmung blieb eine gute während zwei Tagen, dann trat wieder ein heftiger Hustenanfall auf, der eine Stunde dauerte, worauf ein nahezu 1 Quadratzentimeter großes Stück einer Muschelschale ausgehustet wurde. Der Fremdkörper hatte 18 Tage im Kehlkopf gelegen, die Toleranz des Organs während so langer Zeit ist also eine ganz außerordentliche gewesen.
E. Toff (Braila).

J. Comby (Paris), Entérites et appendicite chez les enfants. (Arch. de méd. des enfants. Avril 1907. S. 193.) Die Enteritis spielt bei Kindern eine wichtige Rolle in der Ätiologie der Appendizitis; fast alle Kinder, die eine Entzündung des Wurmfortsatzes bekommen, haben in einer mehr oder weniger entfernten Vergangenheit an akuter oder chronischer Gastroenteritis, an subakuter Enteritis oder an Enterokolitis gelitten. Der Appendix kann durch lange Zeit entzündlich verändert sein, ohne daß dieser Zustand durch palpable Symptome in Erscheinung treten muß. Viele derartige Erkrankungen können spontan heilen, andere werden erkannt, indem sie sich in akuter Weise verschlimmern. Es ist daher von Wichtigkeit, die chronische Form der Krankheit rechtzeitig zu erkennen, was nur durch eine genaue und oft wiederholte Untersuchung möglich ist. Ein besondere Disposition für Appendizitis gibt hauptsächlich die Entero-Colitis muco-membranacea. Es ist dies leicht erklärlich, wenn man bedenkt, daß der Wurmfortsatz einigermaßen einen Teil des Dickdarmes bildet, andererseits, daß die Enterokolitis des Kindes mehr noch als diejenige des Erwachsenen durch eine akute Entzündung des Dickdarmlymphapparates hervorgerufen wird, also die Entzündung von derselben sich mit Leichtigkeit auf die Lymphfollikel des Appendix erstrecken kann.

Weitere Untersuchungen bei Kindern, die an Appendizitis leiden, zeigen, daß in vielen Fällen der Enterokolitis und Appendizitis eine Rhino-Pharyngitis und Adenoiditis vorangehen, Krankheiten, die eine erste Infektion des Darmes und des Wurmfortsatzes bedingen.

Nach diesen Betrachtungen besteht also die Prophylaxis in einer rationellen Nahrungshygiene und darin, Darmentzündungen vorzubeugen, in einer genauen Behandlung letzterer, falls sie auftreten, und endlich in einer Behandlung der Nasenrachenraumerkrankungen, welche sehr oft den in Rede stehenden Krankheiten vorangehen. E. Toff (Braila).

T. Mogilnicki, Laryngite aigue intense simulant le croup. (Revue mens. des malad. de l'enfance. Juin 1907.) Es gibt Fälle

von akuter Laryngitis bei Kindern, welche eine gewisse Ähnlichkeit mit Krupp haben und welche auch oft auf die Diphtherieabteilung mit dieser Diagnose geschickt werden. In Anschluß an 10 derartige Fälle, welche der Verf. auf der Abteilung von Marfan beobachten konnte, studiert derselbe in eingehenderer Weise die Ursachen, welche die Erscheinungen akuter Larynxstenose bei Kindern hervorrufen können. Es sind dies: 1. Glottisödem; 2. Laryngitis stridulosa; 3. Laryngitis intensiva und 4. Krupp.

In differentialdiagnostischer Beziehung sei folgendes bemerkt. Bei Glottisödem sind Husten und Stimme nicht verändert und die Dyspnöe ist nur inspiratorisch. Die Laryngitis stridulosa, fälschlich auch falscher Krupp genannt, obwohl sie mit dieser Krankheit keinerlei Ähnlichkeit besitzt, beginnt plötzlich bei Nacht, meist ohne Vorboten. Das Kind, welches sich leicht verschnupft schlafen gelegt hat, erwacht gegen 1—2 Uhr nachts mit einem heiseren Husten und ausgesprochenem dyspnoischem Anfalle. Meist vergeht der Anfall, in anderen Fällen zieht sich derselbe in die Länge, und dann kann die Krankheit auch eine gewisse Ähnlichkeit mit wahrem Krupp darbieten.

Die akute intensive Laryngitis, wie sie primär oder im Verlaufe von akuten Eruptionskrankheiten auftritt, kann mitunter zu so schweren stenotischen Erscheinungen Veranlassung geben, daß die Intubierung oder Tracheotomie vorgenommen werden müssen. Zum Unterschiede vom wahren Krupp, werden bei derselben keine Pseudomembranen ausgehustet, die Stimme und der Husten sind nur heiser, aber nicht aphonisch, und die Untersuchung des Schleimes zeigt keine Löfflerschen Bazillen. Diese Unterschiede sind aber keineswegs absolut, und sowohl intensive Laryngitis, als auch wahrer Krupp bieten verschiedene Formen, die einander sehr ähnlich sehen. Es ist daher anzuraten, in zweifelhaften Fällen Einspritzungen von antidiphtherischem Serum vorzunehmen und, bei Bestehen intensiver Dyspnöe, zu intubieren oder zu tracheotomieren. E. Toff (Braila).

Guisez, Bemerkungen zu den 6. Fall von Fremdkörperextraktion durch die Bronchoskopie. (Journal des Praticiens. 3. Nov. 1906.) Ein $5^1/_2$ Jahre altes Kind, das beim Spiel mit einer kleinen Trompete das Mundstück aspiriert hatte, bekam sofort Erstickungsanfälle, Husten und Cyanose. Nach einem Moment der Ruhe hört man in der einen Brust ein medikalisches Geräusch. Eine Durchleuchtung zeigt einen kleinen schwarzen Körper im inneren Teil des sechsten rechten Interkostalraums hinten. 7 Stunden nach dem Vorfall Operation unter Chloroform, zwei Röhren von 6 und 5 mm Weite, das Kind in Rosescher Lage, eine Rolle unter den Schultern, der Kopf stark nach hinten gedrängt, den Mund durch eine Sperre offengehalten, Zunge fixiert, Gesicht nach links. Die für die Glottis zu große 6 mm Röhre wird ersetzt durch die 5 mm Röhre, die vom linken Mundwinkel her, der dem Fremdkörper gegenüber liegenden Seite, eingeführt wird. Larynx und Trachea werden leicht passiert und die Röhre gelangt in den rechten Bronchus, wo das Zusammentreffen mit dem Fremdkörper ein Metallgeräusch hervorruft. Eine lange Pinzette faßt und zieht ihn in toto heraus. Das Trompetenmundstück war 8 mm lang und 4 mm im Durchmesser stark. H. Netter (Pforzheim).

Auché, Pemphigus hereditarius traumaticus simplex, Epidermolysis bullosa hereditaria. (Journal de méd. de Bordeaux. 16. September 1906.) Der 10jährige Knabe hatte bei seinem Eintritt in das Kinderspital in Bordeaux am 26. Juni 1905 Pemphigusblasen an den Füßen und in der Lendengegend. Die 2 Jahre zuvor an Phthise verstorbene Mutter hatte jeden Sommer das gleiche Leiden, ein Onkel mütterlicherseits desgleichen bis zum 15. Jahr, ebenso die Vettern des Kindes bis zum 15. und 16. Jahr. Ein 13jähriger Bruder leidet zur Sommerzeit an Phlyktänen, eine ältere Schwester dagegen ist gesund. Seit Geburt soll der 10jährige Patient jeden Sommer an einer der jetzigen Affektion völlig analogen Blasenbildung leiden. Zurzeit sind Blasen vorhanden an beiden Füßen und in der Lendengegend, frische, eingetrocknete, sowohl auf der Planta wie auf den Dorsum pedis, in den Dimensionen sehr mannigfaltig, jede Blase mit einer roten Einfassung. In der Lendengegend rechts 14 frische Narben, zwei andere, die eine frisch, die andere etwas älter in der Nabelgegend; links zwölf eingetrocknete Phlyktänen; ferner pigmentierte Flecken, die Residuen alter Phlyktänen. Nachdem der Kranke sich 12 Tage lang absolut ruhig verhalten hatte, wird am 7. Juni 1906 konstatiert, daß sämtliche Blasen je nach ihrem Alter mehr oder weniger geheilt und neue nicht entstanden sind. Der Allgemeinzustand war die ganze Zeit ein guter. Eine Untersuchung des Blaseninhaltes auf eosinophile Zellen ergab zu wiederholten Malen ein Verhältnis von 6—8 Eosinophile: 100 weißer Blutkörperchen, die eosinophilen des Blutes zur selben Zeit eine Proportion von 4—6 : 100, später, lange Zeit nach der völligen Heilung eine solche von 2—3 : 100. Die mikrobiologische Untersuchung der frischen und nicht entzündeten Blasen war stets negativ ausgefallen.

H. Netter (Pforzheim).

J. Monges, De l'épidémie actuelle de Variole. (Marseille-Médical. 1. März 1907. Nr. 5.) M. gibt eine Statistik über die in Marseille herrschende Variolaepidemie nach den Beobachtungen auf den Krankenabteilungen für den Monat Januar 1907. Eingeliefert wurden in genanntem Zeitraum 286 Kranke, 132 Männer, 132 Frauen, 22 Kinder. Nach der Erscheinungsform entfielen auf die Variola haemorrhagica 19%, auf die Variola confluens 17%, auf die „Variole cohérente“ 16%, auf die „Variole discrète 36%, auf die Variolois 12% (eine ziemlich gekünstelte Einteilung Anm. d. Ref.). Die Gesamtmortalität betrug 31%, von den an der hämorrhagischen Form Erkrankten starben 91%; die Zahlen für die V. confluens, V. „cohérent“, V. discrète und Variolois sind 85%, 23%, 0% und 0%. Bei der primär-hämorrhagischen Form trat der Tod selten nach dem 6. Krankheitstag ein, 2—3 Tage nach dem Erscheinen der Hämorrhagien bei der sekundär-hämorrhagischen Form. Bei einem 8jährigen Kind trat, 10 Tage nach dem Erscheinen einer sehr diskreten Eruption eine neue, reichlichere „Variole à répétition“ ein. Zwei junge, bereits geimpfte Leute bekamen 2—3 Tage nach dem Erscheinen der Vakzinepusteln die ersten Symptome der Variola und eine „diskrete Eruption“. Die häufigste Komplikation war die Bronchopneumonie, der die meisten der an V. confluens Erkrankten erlagen, ferner Abszesse

und Phlegmonen, besonders bei männlichen Kranken, Konjunktivitis und Keratitis. Die Behandlung beschränkte sich auf die Anwendung von Ammoniumacetat, 20 g pro die, mit Extr. Opii 0,05, auf Naphtholbäder, auf Gelatineinjektion oder Chlorcalcium in Lösung per os, 6 g pro die, bei den hämorrhagischen Formen. Von 19 an V. haemorrhagica Erkrankten genasen 3 allerdings nicht Schwerkranke; einer davon war mit Gelatineserum, der zweite auch, in Verbindung mit Chlorcalcium, der dritte mit letzterem allein behandelt worden. Diese drei waren in ihrer Kindheit geimpft. Unter den übrigen 16 der V. haemorrhagica fanden sich: geimpft 56 %, revakzinierte 9 %, nicht geimpfte 35 %. Variola confluens: alle Genesene waren geimpft; bei den Gestorbenen waren vakzinierte 72 %, revakzinierte 60 %, nicht geimpfte 22 %. Variola cohérente: Geheilte: geimpft 73 %, wiedergeimpft 6 %, nicht geimpfte 21 %; Gestorbene: geimpft 50 %, nicht geimpft 50 %. „Variola discrète": alle geheilt: vakziniert 70 %, revakziniert 22 %, nicht geimpft 18 %. Variolois: alle geheilt, vakziniert 76 %, revakziniert 17 %, nicht vakziniert 7 %. Mortalität 33 % für die vakzinierten, 17 % für die revakzinierten, 64 % für die nicht geimpften. Die jüngste Revakzination unter den Gestorbenen lag 3 Jahre zurück. Die Mehrzahl der Kranken stand zwischen 20 bis 40 Jahren; die wenigen über 60 und die Kinder unter 1 Jahr sind alle gestorben. Die hämorrhagische Form befiel besonders das Alter von 20—30.

H. Netter (Pforzheim).

H. W. L. Barlow, Ikterus malignus nach Scharlach. (Brit. med. Journal. 4. August 1906. Bd. II.) Das 6½ jährige Kind wurde am 42. Tag seines Scharlachs von Kopfschmerz, Übelkeit und Halsweh befallen. Die letzten 3 Wochen war das Befinden gut gewesen. Es bestand mäßiges Fieber, Erythem des Pharynx. Am folgenden Tag leichter Ikterus der Conjunctiva und der Haut, Leber nicht vergrößert. Systolisches Geräusch an der Herzspitze, Herzaktion sehr beschleunigt. Urin ohne Albumen und Zucker, enthält jedoch wenig Gallenfarbstoff. Kind somnolent, ohne Klagen, auf Fragen reagierend. Rapide Verschlimmerung. Am 3. Tag sehr starker Ikterus, Erbrechen, Puls 160, Respiration 30, Delirien, Agitation, Tod nach einem leichten Krampfanfall. 11 Stunden post mortem. Autopsie: starke Gelbfärbung aller Gewebe, keine subserösen Hämorrhagien. Leber blaß, weder besonders fett noch weich. Mikroskopisch massenhaft schwärzliches Pigment. Gallenwege frei. Milz an Volumen vergrößert, gleich Leber und Nieren ebenfalls von schwärzlichem Pigment durchsetzt. Nephritis.

H. Netter (Pforzheim).

Aldo Castellani, Ascaris lumbricoides als Ursache einer Appendicitis. (Brit. med. Journ. 4. August 1906. Bd. II.) Folgendes ist der Sachverhalt: Ein seit längerer Zeit an Helminthiasis leidendes 14jähriges Mädchen hatte Santonin genommen. Nicht lange danach stellte sich Erbrechen, Leibschmerzen, besonders rechts und etwas Fieber ein. Nach 2 Tagen plötzlicher Tod. Die wenige Stunden post mortem in Colombo vorgenommene Sektion ergab zunächst weder in der Brust noch in der Bauchhöhle etwas Besonderes. Jedoch der

Appendix war gespannt, hyperämisch, da und dort mit fibrinösen Auflagerungen bedeckt, aber frei beweglich, ohne Adhärenzen. Er erscheint hart und von einem zylindrischen Körper angefüllt. Bei der Öffnung des Darmes sieht man eine zur Hälfte solid in den Appendix implantierte, zur anderen in das Coecum vordringende Askaride. Obgleich abgestorben, läßt sich dieselbe nicht aus dem den Wurm ganz umschließenden Appendix herausziehen. Beim Aufschneiden findet man zwischen Appendixwand und Wurm Eiter. In demselben Kolibazillen. Die Darmschleimhaut im geringen Grad hyperämisch. Zahlreiche Askariden, zum Teil lebend, im Darm. — Der Fall erscheint nicht ganz eindeutig und der ursächliche Zusammenhang von Ascaridiasis und der Appendicitis nicht ohne weiteres sicher. Anm. des Ref.

H. Netter (Pforzheim).

Erasmus Ellis, Pneumokokken-Peritonitis. (Brit. med. Journ. 3. Nov. 1906. Bd. II.) Ein 6jähriges Kind erkrankte plötzlich in voller Gesundheit am 7. Mai 1906 an Diarrhöe, Erbrechen mit lebhaftem Leibschmerz. Entleerungen dunkel gefärbt und fötid. Am 9. Konstipation, die einen Einlauf nötig macht. Am 12. neuerliche Diarrhöe mit Schmerzen, die auch bei der Urinentleerung sich einstellen. Am 15. Tsnesmus und Konstipation, bis zum 18. Dann wieder Diarrhöe, die am 21. auf Wismut, Salol zum stehen kommt. Von Beginn an hatten sich Zeichen einer Peritonitis bemerkbar gemacht: Meteorismus, links unten gedämpfter Schall, allgemeiner Schmerz mit einem Maximum links. Mäßiges Fieber. Am 16. Mai, am 9. Krankheitstag, Zeichen einer linksseitigen Pneumonie am Skapularwinkel. Puls 128, Respiration 40—44. Am 25. Mai Laparotomie. Abfluß von 400 g gelbgrünen, geruchlosen, fibrinhaltigen Eiters, in dem der Pneumococcus nachgewiesen wird. Allmähliche Besserung und schließliche, unerwartete Heilung. Verf. berechnet nämlich auf 46 Fälle diffuser Pneumokokken-Peritonitis nur 6 Heilungen, 14%, auf 45 Fälle der lokalisierten Form 37, i. e. 86% Heilungen.

H. Netter (Pforzheim).

J. Sholto Douglas, Influenza-Meningitis bei einem 10 Monate alten Kind. (Lancet. 12. Januar 1907. Bd. I.) Das Kind war in St. Georges Hospital auf die Abteilung von H. D. Rolleston mit der anamnestischen Angabe gekommen: 2 Tage lange Starre, allgemeine Schmerzen, Reizbarkeit, Husten, Anfälle. Krämpfe waren nicht vorausgegangen. Beinahe alle halbe Stunden schrie das Kind auf. Kernigs Symptom und leichte Nackenstarre ohne deutlichen Opisthotonus waren vorhanden. Alle tiefen Reflexe gesteigert, aber kein Klonus. Abdominal- und epigastrischer Reflex fehlten, während der Plantarreflex vorhanden war. Temperatur 101,2° F., Puls 136, Respiration 48. 4 Tage post recept. trat ein halbkomatöser Zustand und leichtes Schielen infolge Lähmung beider Recti externi. In der Lumbalflüssigkeit zahlreiche schwach sich färbende, schlanke, dünne Stäbchen, die kulturell und mikroskopisch dem Influenzabazillus entsprachen. Gliederspasmen mit Opisthotonus setzten ein, und am 5. Tag nach der Aufnahme trat der Exitus ein. Die Autopsie ergab eine Meningitis. Das Gehirn war ziemlich weich, die Windungen ab-

geplattet. Unter der Pia mater dicker grüner Eiter, entlang den Blutgefäßen, an der Konvexität wie an der Basis. Seitenventrikel nicht erweitert, an der Hinter- und an den Seitenflächen der Medulla spinalis eine dicke Eiterschicht der ganzen Länge nach. Die Vorderfläche des Rückenmarks dagegen war frei von Entzündungserscheinungen. Ausstrichpräparate und Kultur von dem bei der Sektion gewonnenen Eiter ergaben den gleichen bakteriologischen Befund wie die intra vitam untersuchte Lumbalflüssigkeit, den Pfeifferschen Influenzabazillus, nach der Versicherung des Verf.s der erste in England beobachtete Fall. Das weitere Interesse liegt in der Tatsache, daß der Patient ein Kind war. H. Netter (Pforzheim).

A. Winkelried Williams, A case of Lupus of vaccination area. (The Britsh journ. of Dermat. Jan. 1907.) Auf dem Arme eines geimpften Kindes entwickelte sich einige Monate nach der erfolgreichen Vakzination an der Impfstelle ein Lupus. Da es auffiel, daß alle anderen Kinder, welche mit der gleichen Lymphe behandelt worden waren, gesund blieben, forschte man weiter nach der Ursache dieses eigentümlichen Vorfalls und fand dieselbe in Umschlägen mit Kuhdung, welche die Mutter auf Anraten einer „weisen Frau“ auf die offenen Impfstellen gelegt hatte! Max Joseph (Berlin).

A. Winkelried Williams, A case of Epidermolysis bullosa in which there was evidence of antenatal development of the condition. (The British journ. of Dermat. Jan. 1907.) Bei dem 5jährigen, mit Epidermolysis bullosa behafteten Mädchen aus sonst gesunder Familie bestanden bei der Geburt verschiedene Verwachsungen an Armen und Beinen, welche chirurgisch getrennt wurden. Die erste Blaseneruption erschien 2 Wochen nach der Geburt an Armen und Beinen, von da an wiederholten sich die Blasenschübe beständig, exkoriierten und hinterließen weiße dünne Narben. Das Kind macht einen schwächlichen Eindruck, seine Haare sind dünn, die Nägel bröcklig, die Zähne defekt. Unter Schutzverband und antiseptischer Behandlung heilen die Blasen, doch tritt nach einigen Wochen infolge eines Druckes der Stiefel, welcher bei normalen Individuen durchaus nicht eine solche Wirkung geübt haben würde, ein Rezidiv von großen Blasen und Exkoriationen auf. Max Joseph (Berlin).

Vincenzo Trischitta, Die Leukozyten im Mammasekret des Weibes und die Zytoprognose der Laktation. (La Pediatria. 1906. Bd. I. Nr. VIII.) Vor der Geburt und in den ersten Tagen nach derselben herrschen die mononukleären Leukozyten vor, am zweiten und dritten Tage erfolgt eine Invasion polynukleärer Leukozyten. Dies ist ein Zeichen für das Eintreten der Milchsekretion und steht in direkter Proportion zu deren Intensität; gegen den vierten und fünften Tag nimmt ihre Zahl ab und sie werden ersetzt durch nucleäre Lymphozyten. Nach dem fünften Tage findet man nur einige Leukozyten in Degeneration, wenn die Mammasekretion ihren normalen Verlauf nimmt. Fehlt aber aus irgendwelchem Grunde das Gleichgewicht zwischen Sekretion und Exkretion der Drüse, so treten Veränderungen in den eben beschriebenen Verhält-

nissen ein. So beobachtet man, wenn die Frau das Kind nicht anlegt, mononukleäre, die Fett resorbieren und bisweilen Degenerationszeichen aufweisen. Ist die Milchstase eine absolute und die Spannung hoch, so herrschen die polynukleären Leukozyten vor, die sich schnell mit Fett beladen. Dasselbe trifft zu, wenn die Milchsekretion reichlich, der Säugling aber schwächlich ist; auch während der Menstruation wird das Gleiche beobachtet.

Für die Prognose der Laktation ist also nicht nur die chemische Untersuchung der Milch maßgebend, ebensowenig wie die grobe mikroskopische Untersuchung betreffend die Anwesenheit und Menge der Cholostrumkörperchen oder die Größe der Milchkügelchen, es ist vielmehr notwendig, ob mono- und polynukleäre Leukozyten wieder erschienen sind, was prognostisch von großer Bedeutung ist. In der Tat wird die Anwesenheit polynukleärer Leukozyten dafür sprechen, daß die Milchsekretion sehr intensiv sein wird, während ein erhöhtes Verhältnis an Leukozyten zu diversen Zeiten der Laktation ein Mißverhältnis zwischen Sekretion und Exkretion anzeigt und ein prognostisch schlechtes Zeichen ist. Eine erhöhte Proportion von Lymphozyten im Cholostrum oder in der reinen Milch, wenn man die Laktation für einige Zeit unterbricht, ist gleichfalls von übler Vorbedeutung.

F.

Galli, Epidemische Parotitis und Keuchhusten. (Rivista di Clinica Pediatria. 1906. Bd. I.) Angesichts der von Berardinone behaupteten Möglichkeit eines Zusammenhangs zwischen Parotitis und Keuchhusten hat Verf. gelegentlich einer in Faenza gleichzeitig aufgetretenen Epidemie beider Krankheiten auf diesen Zusammenhang geachtet. Er hat an die Ärzte einen Fragebogen gerichtet und so befriedigende Auskünfte erhalten, daß er imstande ist, auf einem schematischen Ortsplan genau den Gang der Epidemien aufzuzeichnen. Zuerst trat die Parotitis und 3 Monate später der Keuchhusten auf, jene auf der Höhe, diese im Tal der sogenannten „contrada Emilia". Das nähere Studium der Fälle zeigte, daß, während die einen den Ansichten Berardinones zu entsprechen schienen, die andere damit in Widerspruch stehen, so daß ein abschließendes Urteil nicht möglich ist.

F.

Antonio Jovane, Klinischer Beitrag zur subkutanen Anwendung von Meerwasser in der Pädiatrie. (La Pediatria. 1906. Bd. I.) Angeregt durch die enthusiastischen Mitteilungen von Ruinton, Pagano, Simon, Lachèze über die Anwendung von Meerwasser bei kranken Kindern hat Verf. einer Anzahl von rachitischen Kindern täglich 2—3 ccm, zum Teil alle 5—8 Tage 30—60 ccm sterilisiertes Meerwasser subkutan injiziert. Bei den größeren Dosen traten Intoleranzerscheinungen, bei den höchsten Dosen auch leichte Fieberbewegungen ein. Es war stets eine deutliche Besserung sichtbar; die rachitischen Kinder, die sich vorher nicht auf den Beinen halten konnten, begannen ziemlich gut zu gehen; fast stets war Gewichtszunahme und Besserung des Appetits zu konstatieren; im Blut ließ sich eine Zunahme des Hämoglobins und Hyperglobulie der roten Blutkörperchen nachweisen.

F.

Ernö Deutsch, Über die Prostitution. („Közegèszségugyi kalauz“. 1907. Nr. 11.) Verf. ist Abolitionist, da er in der Reglementierung eine inhumane und unnütze Institution sieht. Er legt das Hauptgewicht auf die in der Jugend durchgeführte Prophylaxe, die er in folgenden Punkten zusammenfaßt:

1. Sexuelle Aufklärung der Kinder, nicht so revolutionär durchgeführt wie es Lischnewska wünscht, sondern gemäßigt, im Rahmen des naturwissenschaftlichen Unterrichtes.

2. Verbreitung populär gehaltener Schriften auf die Bekämpfung der Geschlechtskrankheiten zielend, die zurzeit der Geschlechtsreife lanziert werden sollen.

3. Kampf gegen den Alkoholismus, der als ätiologisches Moment der Prostitution, vom Standpunkte der Degeneration und als Gelegenheitsursache, eine wichtige Rolle spricht.

4. Für geistig abnorme, gewöhnlich überaus laszive Kinder, sollen separate Schulen eingerichtet werden.

5. Die in Internaten überaus verbreiteten perversen Triebe sollen im Keime erstickt werden.

6. Durch die Koedukation wird die gegenseitige Achtung der Geschlechter gefestigt.

7. Nach französischem Muster möge man Institute für die „enfants martyrs“ und „enfants moralement abaudonnés‘, einrichten.

8. Das Beispiel der „Frankfurter Aktiengesellschaft“ zur Schaffung entsprechender Arbeiterwohnungen ist nachahmenswert.

9. Die gesetzliche Regelung der Kinderarbeit ist von großer Tragweite.

10. Das Strafgesetz soll die gewissenlosen Kuppler und lasziven Greise strenge bestrafen. Ernö Deutsch (Budapest) Autoreferat.

Ernö Deutsch, Über die sexuelle Aufklärung der Kinder. („Közegèszség.“ 1907. Nr. 5.) Der Lösung dieser Frage kann man nicht mehr aus dem Wege gehen. Man darf kein Revolutionär sein und alles über den Haufen werfen, auch kein Quiestist, der sich mit allem Bestehendem zufrieden gibt, sondern man arbeite auf Basis der gesunden Entwicklung — der Evolution. Das sexuelle Leben darf nicht als etwas Schmutziges, Perverses angesehen, sondern es muß als Materialisierung des idealsten Gefühles, der Liebe, hingestellt werden. Die Schule gebe nach Siebertschen Lehren entsprechenden naturwissenschaftlichen Unterricht, auf der fußend, die durch hierzu abgehaltene Kurse würdig vorbereiteten Eltern die endgültige Aufklärung geben können. Wird der Pädagog die Kinder mit richtigem Takte in die Mysterien des Zellenlebens einführen, so wird das Geschlechtsleben des Menschen an Mystizismus mit einem Schlage nahezu alles einbüßen. Ernö Deutsch (Budapest) Autoreferat.

Langelaan, Katze mit kongenitaler Ataxie. (Ned. Tydschr. v. Geneesk. 1906. S. 180.) L. demonstriert in der medizinischen Gesellschaft eine Katze mit kongenitaler Ataxie, gepaart mit Astasie und

Atonie der Muskeln; keine Sensibilitätsstörungen, Sehnenreflexe scheinen anwesend zu sein. Die Katze stammt aus einer neuropathischen Familie. Die Großmutter der Katze starb während eines epileptischen Anfalles. Die Mutter und die 3 Geschwister des Tieres sind gesund.

Graanboom.

Sitsen, Ein Fall von Vakzinegeneralisation. (Ned. Tydschr. v. Geneesk. 1906. Bd. II. S. 1393.) Bei einem gesunden Kinde von $2^1/_2$ Jahren, das vor einigen Wochen Varizellen durchgemacht hatte, sah S., in Anschluß an eine normal verlaufende Vakzination, am zehnten Tage nach dieser Impfung ein heftiges Fieber mit gleichzeitiger Eruption entstehen. Diese bestand aus zwei verschiedenen Effloreszenzen und zwar aus Pusteln, den Vakzinepusteln vollkommen ähnlich, und aus Bullae von verschiedener Größe. Die Eruption entstand im Gesicht und verbreitete sich von hier aus über Arme, Rumpf und Beine.

Die Eruption ging, nach Hinterlassung von sehr feinen Narben, ziemlich zugleich mit den Vakzinepusteln zurück.

S. ist der Meinung, daß hier eine Generalisation der Vakzine angenommen werden muß.

Graanboom.

P. Altés, Behandlung der Milzbrandpustel. (La Medicina de los ñinos. 1907. Nr. 1—3.) Anschließend an zwei von ihm behandelte Fälle (Kinder von 6 und 8 Jahren) empfiehlt Verf. Exzision und Kauterisation der Pustel, kaustische Stichelung der Umgebung, vier Injektionen à 1 ccm 2 $^0/_0$ iges Phenol, antiseptische Umschläge und den innerlichen Gebrauch von Chinin.

M. Kaufmann.

Nestor Nastase, Tuberkulöse Meningitis mit Polynukleose der cephalo-rachidianen Flüssigkeit. (Spitalul. 1907. Nr. 3.) Die Untersuchung der zephalo-rachidianen Flüssigkeit ist mit Bezug auf die Diagnose einer tuberkulösen Meningitis von besonderer Wichtigkeit; fast immer kann die Diagnose frühzeitig mit Bestimmtheit festgestellt werden, zu einer Zeit, wo die klinischen Symptome noch keineswegs charakteristisch sind. Der Verf. hat mittels Lumbalpunktion 43 Fälle von tuberkulöser Meningitis im Laufe eines Jahres auf der Abteilung des Prof. N. Thomescu untersucht und bei 33 Lymphozytose (90—95 $^0/_0$) gefunden. In 5 Fällen fand man Lymphozyten, in 75 Fällen wog aber die Zahl der Polynukleären vor (65—86 $^0/_0$), während Lymphozyten nur in einer Anzahl von 14—25 $^0/_0$ vorhanden waren. Endlich kamen 2 Fälle zur Beobachtung, bei welchen keinerlei zellige Elemente in der Zerebrospinalflüssigkeit gefunden werden konnten.

E. Toff (Braila).

D. Calinescu, Vorschlag, um Bäder anschließend an allen ländlichen Schulen einzurichten. (Spitalul. 1907. Nr. 10.) Ausgehend von dem Erfahrungssatze, daß Reinlichkeitsbegriffe von frühester Kindheit auf eingeprägt werden müssen, schlägt C. vor, in Verbindung mit allen Landesschulen Volksbäder einzurichten, in welchen die Schulkinder einmal wöchentlich Bäder nehmen sollen und auch die sonstige Bevölkerung gegen billiges Geld welche nehmen kann. Auf diese

Weise könnte man die bei den alten Völkern so allgemein verbreitete Vorliebe für Bäder und Badeanstalten wieder in den breiteren Volksschichten aufleben lassen. E. Toff (Braila).

Poenaru-Caplescu (Bukarest), Zwei Fälle von Gefäßnaht. (Spitalul. 1907. Nr. 10.) Im Laufe zweier schwieriger chirurgischer Eingriffe geschah es, daß P.-C. einmal die Axillararterie und das andere Mal die Vena saphena interna in einer Ausdehnung von 20. bzw. 12 mm und in longitudinaler Richtung anschnitt. Die Gefäße wurden allsogleich mit Katgut genäht, darüber die Gefäßscheide ebenfalls mittels einiger Nähte vereinigt, und es konnte so vollkommene Heilung erzielt werden. Im ersteren Falle blieb der Radialpuls ununterbrochen gut fühlbar, und auch im zweiten Falle war keine Zirkulationsstörung zu bemerken. Die Gefäßnaht kann also heute als ein praktischer, leicht ausführbarer chirurgischer Eingriff angesehen werden.
E. Toff (Braila).

Jens Paulin (Däne), Über Tetanus neonatorum. (Ugeskrift for Läger. 1906. Nr. 29 u. 30.) Der Verf. veröffentlicht 7 Fälle, die alle tödlich verliefen, und gibt eine Übersicht über die Krankheit. Alle die Fälle traten im Verlaufe kurzer Zeit vorigen Jahres in einem bestimmten Stadtteil Kopenhagens auf; mehrere Wöchnerinnen hatten dieselbe Hebamme gehabt. Adolph H. Meyer (Kopenhagen).

Aug. Hübschmann (Däne), Ein Fall von Tetanus neonatorum mit Antitoxin behandelt. (Hospitalstidende. 1906. Nr. 11.) Der 13 Tage alte Knabe wurde sowohl mit großen Chloraldosen als mit Tetanusantitoxin behandelt. Die Besserung fing am 5. Tage an, nachdem er 250 I.-E. Antitoxin und 10 g Hydras chloraliens bekommen hatte. Er genas. Adolph H. Meyer (Kopenhagen).

Otto Lendrop (Däne), Über Buttermilch für Säuglinge. (Nordisk Tidsskrift for Terapi. Bd. V. Heft 3 u. 4.) Nach einem historischen Überblick der Buttermilchbehandlung gibt der Verf. eine Mitteilung über 48 Fälle von chronischem Magendarmkatarrh, Atrophie und akuter infektiöser Gastroenteritis, in welchen er die Buttermilchsuppe als Diätetikum angewandt hat. Er wendet bei Kindern in den ersten 3 Monaten Verdünnungen an. Er empfiehlt die Buttermilch bei Verdauungsstörungen der Säuglinge, wenn die gewöhnliche Behandlung (Hungerdiät und langsam steigende Milchgemische) nicht Erfolg hat. Adolph H. Meyer (Kopenhagen).

III. Aus Vereinen und Versammlungen.

Gesellschaft für innere Medizin und Kinderheilkunde in Wien.

Pädiatrische Sektion.

Sitzung vom 11. April 1907.

Neurath demonstriert einen Fall von **Mongolismus**, der in einzelnen Symptomen an Myxödem erinnert. Neben den typischen Zeichen des Mongolismus (Schlitzaugen, schlaffe Gelenke, Neigung zu Obstipation, Nabelhernie) zeigt das Kind polsterartige Beschaffenheit der Haut, große Zunge, subnormale Temperaturen. Letztere Symptome will N. als Folgeerscheinungen einer im demonstrierten Fall supponierten ungenügenden Schilddrüsenfunktion ansehen.

Knöpfelmacher spricht sich dahin aus, daß der vorliegende Fall einfacher Mongolismus sei, die angeführten myxödematösen Symptome können mit dieser Diagnose völlig erklärt werden. Hochsinger, Friedjung und Swoboda setzen sich für die Diagnose des Vortr. ein.

Schüller demonstriert ein 12monatiges Kind (Mädchen) mit **Mikromelie**. Körperlänge beträgt nur 57 cm, die Extremitäten sind kurz und plump. Die Finger kurz und fast gleich lang. Die Intelligenz des Kindes ist normal.

Sch. weist auf die günstige Prognose solcher Fälle hin, nur die weiblichen Individuen seien durch die Gefahr des engen Beckens bedroht.

Therapeutisch will Sch. Hypophysentabletten versuchen.

Ullmann stellt ein 13jähriges Mädchen mit **Sklerodermie en plaques** vor; die Erscheinungen bestehen seit $^3/_4$ Jahren. Am Stamme finden sich teils ovale, teils mehr unregelmäßig begrenzte Flecke von rosenroter oder leicht bläulicher Farbe. Einzelne zeigen derbe gelbliche Infiltrate, welche mit der Haut verschieblich sind.

Als seltene Komplikation der Sklerodermie findet sich stellenweise Ergrauen der Kopfhaare.

Therapeutisch wird Fibrolysinbehandlung angewendet.

Goldreich demonstriert ein 4jähriges Mädchen mit **Störung in der Entwickelung der Milchzähne**. Der Oberkiefer trägt vier weit voneinander abstehende Zähne, die wie Eckzähne aussehen, und zwei Mahlzähne. Der mittlere Anteil des Unterkiefers ist zahnlos.

Um diese Zeit pflegt sonst das Milchgebiß schon vollkommen zu sein.

Da das Kind an Ozäna leidet und eine Sattelnase zeigt, ist die Vermutung berechtigt, die Erkrankung mit **Lues** in Zusammenhang zu bringen.

Hochsinger zeigt Röntgenphotographien eines Falles von **Mesokardie** mit **Herzhypertrophie**. An Herzbeschwerden bestand Herzklopfen und Druckgefühl auf der Brust. Röntgenuntersuchung und Perkussion ergibt, daß das hypertrophische Herz medial gestellt hinter dem Sternum liegt. Ein großer Anteil des Herzens liegt in der rechten Thoraxhälfte.

Am Herzen waren keine Geräusche zu hören.

H. demonstriert weiter Röntgenplatten von Fällen einfacher Hypertrophie, die er als angeborene Störung auffaßt und auf fötale Zirkulationsstörungen zurückführt. Bei diesen Fällen fehlten subjektive Symptome, ebenso Stauungserscheinungen und Geräusche.

Zuppinger spricht über **Therapie der Larynxpapillome**. Die Papillome des Larynx stellen die wichtigste Kehlkopfgeschwulst dar und sind klinisch charakterisiert durch Erscheinungen von chronischer **Stenose** und **Aphonie**.

Durch rasches Wachstum der Papillome kann es zur völligen Verlegung des Kehlkopfes und damit zur Erstickung kommen.

Die bisher bekannten Operationsmethoden verhüten nicht mit Sicherheit ein Rezidiv der Erkrankung.

Z. verwirft in Übereinstimmung mit Harmer die Laryngotomie oder Laryngofissur mit nachfolgender Exstirpation der Papillome wegen der Schwere eines solchen Eingriffes.

Die zweite Methode besteht in Tracheotomie und längeres Tragen der Kanüle, von der Tatsache ausgehend, daß die Geschwülste sich gerne spontan zurückbilden, wenn sie vom Luftstrome ausgeschaltet werden.

Z. will diese Operation nur dann ausgeführt wissen, wenn bei bestehender Larynxstenose die Intubation unmöglich ist, oder die Erstickungsgefahr dadurch nicht beseitigt wird.

Im späteren Alter kommt mehr die endolaryngeale Entfernung der Geschwulst in Betracht, sie kann aber nur von Spezialisten ausgeführt werden.

Als Ersatz empfiehlt Z. bei Unmöglichkeit der Heranziehung eines Spezialisten das sogenannte Lörische Verfahren. Die Methode ist so einfach und ungefährlich, daß sie auch von Nichtspezialisten ausgeführt werden kann. Sie besteht in der Anwendung des Lörischen Katheters. Dieser ist ein gekrümmter Metallkatheter mit einem dem Alter des Kindes entsprechenden Lumen, an beiden Enden offen, so daß das Kind während der Anwendung desselben atmen kann. Der Rand der vorderen Öffnung ist behufs Vermeidung von Verletzungen abgestumpft und eingebogen. Darüber befinden sich vier ca. 1 cm lange, spitzovale Fenster mit scharfgeschliffenen Rändern; in diesen verfangen sich die Papillome und werden bei Bewegung des Instrumentes abgeschnitten.

Hat man mit der Spitze des Katheters die Stimmritze passiert, so schiebt man ihn einige Male auf und ab und dreht ihn. Die Papillome fallen ins Lumen des Katheters und werden mit diesem entfernt, die in die Trachea gefallenen werden ausgehustet.

Die Einführung des Instrumentes ist für denjenigen leichter, der die Intubation beherrscht.

In der Diskussion betont Panzer, daß die endolaryngeale Operation sicher die idealste Behandlung darstelle, da sie unter Kontrolle des Auges erfolge. Das Lörische Verfahren soll eben nur als Notverfahren in Betracht kommen.

Sitzung vom 16. Mai 1907.

Hecht zeigt ein $4^1/_2$jähriges Kind mit punktförmigen und größerfleckigen Hautblutungen an den Extremitäten bei **Pertussis.** Da sonst bei dieser Erkrankung Blutungen — durch Stauung bedingt — hauptsächlich an der Brust und an der Conjunctiva bulbi auftreten, muß man zur Erklärung der Blutaustritte eine hämorrhagische Diathese heranziehen. Im vorliegenden Falle entstanden sie 4 Wochen nach Beginn der Pertussis.

Swoboda demonstriert ein 11 jähriges Kind mit **angeborenem Herzfehler.** Patient wird bei schnellem Gehen kurzatmig, bei Anstrengung cyanotisch. Interessant ist die bei Herzkranken häufig zu findende leichte Erregbarkeit des Patienten. Patient weint außerordentlich leicht und läßt sich schwer beruhigen.

An objektiven Symptomen bestehen schöne Trommelschlägelfinger. Wie das Röntgenbild zeigt, sind an deren Bildung auch die Knochen beteiligt.

Das Herz ist verbreitert, über demselben ist ein systolisches Geräusch mit dem Punctum maximun im 2. Interkostalraum links zu hören.

Außerdem zeigt Patient Zeichen von Lungentuberkulose, ein Beweis, daß Herzfehler und Tuberkulose sich nicht ausschließen. Endlich findet man beim Patienten Hemeralopie und Xerosis triangularis corneae.

Auch am Augenhintergrunde läßt sich die Stauung erkennen. Die Venen sind bis auf das Doppelte erweitert.

S. zeigt weiter ein 4jähriges Kind mit **Nephritis im Anschlusse an Teersalbenbehandlung am Kopfe.**

Wegen Ekzems bekam Patient eine 3%ige Salbe von Ol. cadinum. Wenige Stunden danach traten allgemeine Ödeme auf, im Harn fanden sich Eiweiß, Zylinder verschiedener Gattung. Vortr. berechnet die verwendete Menge von Ol. cadinum auf höchstens $^1/_2$ g. Der Fall beweist, wie man mit Anwendung von Teersalben bei Kindern vorsichtig sein muß.

Escherich wirft die Frage auf, ob im demonstrierten Falle die Nephritis nicht etwa durch Infektion von der Hautwunde zu erklären sei, wie ja z. B. auch bei Impetigo Nephritis bekannt sei.

Swoboda erwidert, daß man diese Möglichkeit nicht ausschließen könne, nach der ganzen Entwicklung sei eine solche Annahme unwahrscheinlich.

Schlesinger erinnert sich an zwei Fälle von Nephritis nach Anwendung von β-Naphthol, beide kamen zur Obduktion.

Swoboda sah Auftreten von Nephritis nach Inhalation von Terpentindämpfen.

Wasservogel zeigt einen Knaben mit beiderseitiger **Hemiatrophia faciei.** Die Erkrankung dauert nun 2 Jahre. Während die übrige Muskulatur kräftig entwickelt ist, erscheint das Gesicht eigentümlich eingefallen, die Haut des Gesichts ist verdünnt, der Panniculus adiposus geschwunden. Elektrizität und Massage haben sich erfolglos erwiesen. Therapeutisch kommt nunmehr nur Paraffininjektion in Betracht.

Knöpfelmacher zeigt ein **anatomisches Präparat von Verlegung der Trachea durch eine Bronchialdrüse.** Das 2½jährige Kind bekam am 8. Tage einer Diphtherieerkrankung (Pharynx und Larynx) einen Anfall von Trachealstenose. Trotz Tracheotomie keine Besserung. Die rechte Lunge atmete fast gar nicht. Die Obduktion ergab, daß der rechte Bronchus ganz und die Trachea zum Teil durch eine verkäste Bronchialdrüse verlegt war.

Baumgarten stellt ein Kind mit **Hemiatrophia linguae** vor. Die durch periphere Hypoglossuslähmung bedingte Erkrankung entstand im Anschlusse an eine an den Halslymphdrüsen vorgenommene Operation.

Schick hielt einen Vortrag über **Die physiologische Nagellinie des Säuglings.**

Bisher hat man Nagelveränderungen nur bei Lues besondere Aufmerksamkeit geschenkt; fast in allen Fällen handelte es sich hierbei um entzündliche Vorgänge (Paronychie).

Über nichtentzündliche Nagelveränderungen bei Säuglingen in Form von Querlinien sind drei Beispiele bekannt (Fürst, Leopold, Heller). Ihre Entstehung wird auf Magen-Darmkatarrhe bezw. auf Lues bezogen.

Vortr. beobachtete diese Linie als physiologische Erscheinung bei ganz gesunden Kindern in einem bestimmten Alter.

Um den Beginn der 5. Lebenswoche, häufiger gegen Ende derselben, erscheint bald früher am Daumen, bald früher an den Fingern eine wallartige Linie, die um den 60. Tag die Mitte des Nagels, um den 90. Tag den freien Rand desselben erreicht. Vortr. gibt Zahlen über fortlaufende Messungen an einem Kinde und Messungen an verschiedenen Kindern und berechnet daraus Durchschnittswerte, die, wie alle Längenmaße, nicht als fixe Zahlen gelten dürfen.

Mit Berücksichtigung individueller Schwankungen hat die physiologische Nagellinie eine gewisse Bedeutung als Altersmaß und ist auch forensisch verwertbar.

Die Ursache der Nagellinienbildung sieht Vortr. in der Schädigung des Organismus durch den Übergang vom intra- zum extrauterinen Leben. Als analoge Störungen sind bis jetzt die physiologische Körpergewichtsabnahme in der ersten Woche und die physiologische Desquamation bekannt.

Die vorübergehende Störung der gleichmäßigen Nagelbildung wird deswegen erst 4—5 Wochen nach Einwirkung der Ursache sichtbar, weil ein Teil des Nagels durch den Nagelwall gedeckt wird.

Swoboda sah bei Lues das Auftreten zweier Nagellinien.

Escherich hebt hervor, daß es mit Rücksicht auf die Ursache der physiologischen Nagellinie interessant wäre festzustellen, ob bei ausreichender Ernährung in der ersten Lebenswoche ebenfalls eine Nagellinie auftritt und ob sie auch bei Frühgeborenen zu beobachten ist. Eine Analogie pathologischer Nagelfurchen bilden die Furchen am Zahnschmelz bei Lues und Tuberkulose.

B. Schick (Wien).

Hufelandsche Gesellschaft in Berlin.

(Nach Berliner klin. Wochenschr.)

Sitzung vom 17. Januar 1907.

Posner: **Die angeborene Striktur der Harnröhre.**[1])

Diskussion.

Frank: Wenn Sie mir gestatten, eine Bemerkung zu dem interessanten Fall des Kollegen Posner zu machen, so freue ich mich, über eine ganz ähn-

[1]) Der Vortrag ist unter den Referaten dieser Nummer mitgeteilt.

liche Beobachtung zu verfügen, die in einigen Beziehungen ganz analog den Fällen von Churchman und von Posner ist, in anderen Punkten sich davon unterscheidet, speziell auch in bezug auf die Ätiologie.

Der Fall, den ich beobachten konnte, betraf einen kleinen Jungen von 12 Jahren, der mir von einem Kollegen aus Lichterfelde zugeschickt wurde, weil seit Jahren eine Enuresis nocturna bestand, die bisher vergeblich mit den üblichen Mitteln behandelt worden war. Der Junge hatte eine außerordentlich stark ausgebildete Phimose und bot das bekannte Bild, wobei nur eine stecknadelkopfgroße Öffnung in der Vorhaut sich befindet. Abgesehen von der Enuresis als solcher wurde noch ein Symptom angegeben: Wenn nämlich der Junge einmal nachts das Bett nicht naß machte und durchschlief, so hatte er am anderen Morgen ganz außerordentliche Schwierigkeiten, zu urinieren. Das wurde allmählich gemerkt, und seitdem der Junge dann nachts ein- bis zweimal geweckt und aufgefordert wurde, Urin zu lassen, fielen diese Beschwerden am anderen Morgen fort.

Es hatten sich besonders in den letzten Jahren auch hier, während das in der früheren Kindheit weniger hervorgetreten war, große Schwierigkeiten beim Wasserlassen herausgebildet. Der Junge urinierte in der gebückten Haltung eines alten Prostatikers. Er hatte große Schmerzen, große Beschwerden, die eben besonders, wenn der Urin längere Zeit zurückgehalten war, außerordentlich stark auftraten. Der Urin wurde in sehr dünnem Strahle, zuweilen nur tropfenweise entleert. Kurz und gut, alles das deutete auf eine Striktur hin.

Ätiologisch konnte ich zunächst gar nichts eruieren. Es kam gewöhnlich eine alte Großmutter oder die Mutter mit, die gar nichts angeben konnten. Eine gonorrhoische Infektion war auch hier absolut ausgeschlossen. Ich spaltete zunächst die Phimose und machte eine Zircumzision. Nun fand ich ein kleines punktförmiges Orificium. Auch dieses spaltete ich und konnte ganz gut mit einem entsprechenden Urethroskop-Tubus in die Urethra hineinkommen. Es fand sich in der Urethra und zwar merkwürdigerweise ziemlich im mittleren Drittel, also etwas weiter oberhalb der Stelle, an der die angeborenen verengernden Klappen gewöhnlich sitzen, eine durchaus ringförmige bindegewebige Partie, die ganz charakteristisch die Veränderungen zeigte, wie man sie bei leichten traumatischen Strikturen sieht, während diffuse, über die ganze Harnröhrenschleimhaut verbreitete Veränderungen, wie man sie bei gonorrhoischen oder bakteriellen Infektionen sieht, gänzlich fehlten.

Da mir das sehr auffiel, ließ ich mir den Vater des Jungen kommen, und der erinnerte sich dann dunkel, der Junge hätte doch Infektionskrankheiten durchgemacht, 8 Jahre zuvor Diphtheritis, 6 Jahre zuvor Scarlatina, und der Vater erinnerte sich auch weiter, daß der Urin blutig gewesen wäre.

Es gelang mir, den Kollegen ausfindig zu machen, der damals Hausarzt der Familie gewesen war, und der berichtete mir nun, daß er in der Tat bei dem Jungen im Verlaufe der Scarlatina, die derselbe 6 Jahre vorher durchgemacht hatte, eine heftige typische Hämaturie beobachtet hatte, die er sich nicht erklären konnte. Es waren damals auch Stückchen von Blut abgegangen. Das hatte ziemlich kurze Zeit gedauert, hörte spontan ohne jede Behandlung auf und trat nie wieder auf.

Eine Infektion der Harnröbre war nie vorhanden, der Urin immer klar gewesen und war klar, und ich stehe nicht an, anzunehmen, daß es sich zweifellos um Veränderungen gehandelt haben muß, die im Verlaufe des Scharlach aufgetreten sind, der ja bekanntlich auch sonst an Schleimhäuten, z. B. am Trommelfell bindegewebige Veränderungen macht.

Die kystoskopische Untersuchung ergab eine außerordentlich weite Balkenblase, die durchaus dem Alter des Jungen nicht entsprach, als Resultat des länger bestehenden peripheren Hindernisses.

Bekanntlich hat zuerst Getz in Baltimore im Jahre 1894 die Theorie aufgestellt, daß es sich bei solchen Individuen um einen angeborenen pathologischen Zustand von Harnröhrenengigkeit handele, auf dessen Basis dann die normale Harnröhre nicht schädigende Momente, wie Durchfließen pathologischen Urines, Masturbation u. ä. zu Strikturen führe.

In dem von mir beobachteten Falle wird meiner Ansicht nach der Scarlatina doch eine wesentliche Rolle eingeräumt werden müssen. Es hat, so viel ich

weiß, in Deutschland zuerst **Marchand** beim Typhus darauf hingewiesen, daß man nicht so selten bei Leichen von Typhuskranken, bei denen Gonorrhöe ausgeschlossen werden konnte, auch längere Zeit nachher eigentümliche Schleimhautveränderungen in der Harnröhre fand. Es ist dann wiederholt von französischer Seite darauf hingewiesen worden, daß bei schweren akuten Infektionskrankheiten an der Schleimhaut der Harnröhre Veränderungen, besonders auch Strikturen sich einstellten. Ich verfüge auch dazu noch über einen zweiten derartigen Fall, den ich vor einigen Wochen zu beobachten Gelegenheit hatte. Da handelte es sich um einen allerdings erwachsenen und verheirateten Mann, bei dem eine gonorrhoische Infektion mit aller in solchen Fällen möglichen Sicherheit ausgeschlossen werden konnte. Der Mann hatte erhebliche Strikturbeschwerden, hatte auch an Hämaturie gelitten, und es fanden sich drei ganz außerordentlich harte fibröse Ringe in seiner Harnröhre, die urethroskopisch außerordentlich auffällig zu sehen waren, und auch hier waren die übrigen Teile der Harnröhre relativ gar nicht pathologisch verändert. Dieser Mann hatte, ich glaube 6 oder 7 Jahre vorher — es war in der Zeit der heftigen Influenzaepidemie des Jahres 1891 gewesen — eine außerordentlich heftige Influenza durchgemacht mit einem eitrigen Erguß in das Kniegelenk, und der Mann hatte beobachtet, daß, während er damals mit hohem Fieber im Bett lag, ein eitriger Ausfluß auftrat. Er war damals sehr entrüstet, als sein Hausarzt, dem er das mitteilte, bemerkte, dann würde er sich doch wohl vorher einmal infiziert haben. Er behauptete, das wäre nie der Fall gewesen. Er habe seit der Verheiratung nie extramatrimoniell verkehrt. Allmählich seien die Beschwerden beim Urinieren aufgetreten. Ich nahm damals keinen Anstand, die Influenza als ätiologisches Moment anzusehen. Solche und ähnliche Befunde sind dann auch weiter von französischen Autoren in den letzten Jahren wiederholt bestätigt worden.

Es wird sich also in solchen Fällen von Strikturen bei sehr jungen Individuen und auf nicht gonorrhoischer Basis immerhin fragen, ob und welche Bedeutung dabei schwerere akute Infektionen, in erster Linie Typhus, Scarlatina, Influenza, Cholera und Diphtherie haben.

Mankiewicz: M. H.! Ich habe Ihnen über einen Fall zu berichten, der sich von dem vorgetragenen Fall unterscheidet.

Im Anfang vorigen Jahres kam ein 26jähriger kräftiger Arbeiter zu mir mit folgender Klage: Er wäre seit 4 Jahren verheiratet, habe vor seiner Verheiratung niemals geschlechtlich verkehrt, seine Frau bekäme keine Kinder, und zwar führte er das darauf zurück, daß er bei dem Coitus keine richtige Ejakulation hätte. Er hätte die Empfindung, als wenn ein Strom warmer Flüssigkeit sich nach hinten ergösse und nach vorn nur wenige Tropfen Flüssigkeit kämen. Außerdem hätte er seit 5—6 Jahren häufiger Enuresis, während er sich nicht erinnern könne, jemals als Kind früher daran gelitten zu haben.

Die Blase stand nicht sehr hoch. Ich forderte den Patienten auf, erst die Blase zu entleeren, und untersuchte dann mit der gewöhnlichen Knopfbougie. Sie ging ganz glatt hinein. Es war Charrière Nr. 18 oder 20. Wie ich sie wieder herausziehen wollte, blieb ich im Bulbus stecken, und es erforderte eine recht erhebliche Kraftanstrengung, diese Knopfbougie wieder herauszubekommen. Sie blieb, als wenn sie von einem festen Ring gehalten wäre, im Bulbus stecken.

Nun kennen Sie den Grundsatz von **Guyon**: Eine Striktur ist erst dann diagnostiziert, wenn man sie passiert hat. Es war nach dem Befunde also ganz klar, daß sich hier eine Striktur fand, und zwar eine Striktur, welche der Einführung eines Instrumentes keinen Widerstand entgegensetzte, aber dem Herausziehen des knopfförmigen Instrumentes Widerstand bereitete.

Leider habe ich damals die Urethroskopie nicht ausführen können. Unsere früheren Instrumente waren ja auch nicht sehr tauglich zu diesen Sachen. Erst seit Kollege **Goldschmidt** so vortreffliche Instrumente angegeben hat, kann man wirklich gute Bilder erreichen.

Ich schlug dem Mann vor, die Urethrotomia interna zu machen. Er wollte sich aber darauf nicht einlassen und bat mich, ich sollte ihm die Sache erweitern, und es ging auch. Es dauerte ziemlich lange, ungefähr 8 Wochen. Ich bin aber schließlich auf die Nummer 28 gekommen, und die Beschwerden hörten auf. Auch die Enuresis verschwand schon nach ganz kurzer Zeit. Das Kystoskop zeigte eine stark entwickelte Balkenblase.

Ich glaube, berechtigt zu sein, trotzdem ich ein urethroskopisches Bild dieser Verengerung nicht gehabt habe, diese Striktur, die sich im Bulbus fand — der Patient leugnet, jemals vor seiner Verheiratung geschlechtlichen Verkehr gehabt zu haben und leugnet jede Infektion —, als eine kongenitale Striktur anzusehen.

Posner (Schlußwort): Es war mir sehr interessant, von Frank das bestätigt zu hören, was ich kurz andeutete, daß in der Tat Infektionskrankheiten imstande sind, Urethritiden hervorzurufen, die dann ihrerseits zu Strikturen führen können. Wenn ich das in meinem Falle für unwahrscheinlich gehalten habe, so liegt das daran, daß aus der Zeit des Scharlach und aus der unmittelbar nachfolgenden Zeit absolut nicht das mindeste, — wir haben auf diesen Punkt speziell geachtet — über irgend eine Affektion des Urogenital-Apparates erwähnt worden ist. Jedenfalls wird man in Zukunft allen diesen Verhältnissen eine erhöhte Aufmerksamkeit zuwenden müssen, und ich freue mich, daß meine Mitteilung auch Mankwiewicz veranlaßt hat, einschlägiges Material beizubringen.

IV. Neue Bücher.

Monti. **Kinderheilkunde in Einzeldarstellungen.** Verlag von Urban & Schwarzenberg, Wien und Berlin.

M.s Einzeldarstellungen der Kinderheilkunde haben wir so oft auf ihre Vorzüge hin, auf ihren Wert für den Pädiater und praktischen Arzt an dieser Stelle gebührend gewürdigt, daß es wohl genügt, das Erscheinen neuer Hefte einfach anzuzeigen. Uns liegt jetzt Heft 26 vor, welches das „Wachstum des Kindes" behandelt und neue Erfahrungen und Beobachtungen über dies Thema bringt. Auch dies neue Heft (Preis 1 Mk.) wird den Leser lebhaft interessieren.

Grätzer.

B. Bendix. **Lehrbuch der Kinderheilkunde.** 5. Auflage. Verlag von Urban & Schwarzenberg, Wien u. Berlin. Preis: Mk. 12.

Das Lehrbuch von B. hat sehr rasch Eingang in die Kreise der prakt. Ärzte und Studierenden gefunden. Das beweist schon die ungemein rasche Aufeinanderfolge der einzelnen Auflagen. Trotz der Kürze dieser Fristen baut der Verf. sein Werk immer weiter aus, bringt die Resultate der letzten wissenschaftlichen Forschungen, ergänzt Lücken, nimmt Verbesserungen vor. In der neuesten Auflage ist auch die Zahl der Abbildungen wesentlich vermehrt. Das Buch bedarf keiner besonderen Empfehlung mehr; es ist bekannt genug mit allen seinen Vorzügen und wird sicher sich einen immer größeren Freundeskreis erwerben.

Grätzer.

Havelock Ellis. **Geschlechtstrieb und Schamgefühl.** 3. Auflage. Würzburg. A. Stubers Verlag. Preis: Mk. 5.

E.s Werk hat bei seinem ersten Erscheinen sofort hohes Interesse erregt. Der wissenschaftliche Ernst, der über dem Buche liegt, der ungemeine Fleiß, mit dem der Autor alles zusammengetragen hat, was auf das Thema sich bezieht, die bedeutsamen Mitteilungen, die mannigfachen Anregungen, die der Leser empfängt, alles das ist genügend anerkannt worden und hat dem Werke weite Verbreitung verschafft. In der 3. Auflage ist der Autor bemüht gewesen, den Stoff bis auf die neueste Zeit zu vervollständigen und vieles zu verbessern. Auch diese Auflage wird dankbare Leser finden.

Grätzer.

B. Salge. **Therapeutisches Taschenbuch für die Kinderpraxis.** 3. Auflage. Fischers med. Buchhandlung. H. Kornfeld, Berlin. Preis: Mk. 3.

Das kleine Buch ist in ungemein rascher Aufeinanderfolge zum 3. Male erschienen, ein Erfolg, welcher zeigt, daß ein solches Taschenbuch einem Bedürfnisse entsprochen hat und daß es so abgefaßt ist, wie es die Praxis erfordert. Die günstige Prognose, die wir ihm bei seinem ersten Erscheinen gestellt, war

richtig, und es bleibt uns heute nur übrig, dem Büchlein weiteren gleichen Erfolg zu wünschen, wie es ihn bisher gehabt hat. Grätzer.

P. Bade. **Die angeborene Hüftgelenksverrenkung.** Stuttgart, F. Enke. Preis: Mk. 12.

B. hat dem Thema ein umfangreiches Spezialwerk gewidmet und es mit ungemeinem Fleiß, eine kolossale Literatur benutzend — dieselbe ist am Ende des Buches registriert — bearbeitet. Nicht nur der Pädiater und Orthopäde, sondern auch der prakt. Arzt wird dem Verfasser dafür dankbar sein. Der Praktiker wird besonderen Nutzen haben von der Lektüre der Abschnitte „Diagnose" und „Differentialdiagnose", die mit besonderer Ausführlichkeit bearbeitet sind, damit gerade der prakt. Arzt hier auf alle einschlägigen Fragen die genügende Antwort verzeichnet findet. Aber auch alle anderen Kapitel sind so klar und erschöpfend, so übersichtlich und eingehend geschildert, daß jeder Leser seine Freude daran haben und mit großem Interesse den Auseinandersetzungen folgen wird. 189 Abbildungen im Text tragen wesentlich zum Verständnisse der letzteren bei und verleihen dem Werke, welches eine wirkliche Bereicherung unserer Literatur bedeutet, einen erhöhten Wert. Grätzer.

Rotsch. **Pediatrics. The Hygienic and medical Treatment of Children.** Fifth Edition. Philadelphia and London, J. B. Lippincott Companie. Preis: Mk. 25.

Ein ausgezeichnetes Lehrbuch, ausgezeichnet durch seinen Text, wie durch die zahlreichen, prachtvoll ausgeführten und äußerst instruktiven Abbildungen, welche das Werk zieren. Selbst der erfahrene Pädiater wird sehr viel Neues bei dem Studium des Buches erfahren und mannigfache Anregungen erhalten. Die Ausstattung ist eine wahrhaft splendide. Grätzer.

Neue Dissertationen.

(Aus deutschen Universitäten.)

Alsberg, P., Über Lues hereditaria (Leipzig). — **Bartsch, H.**, Ein Fall von hochgradiger Mißbildung an den weiblichen Sexualorganen (Freiburg). — **Dessauer, A.**, Über Sinusthrombose bei Scharlach und Masern (München). — **Favre, H.**, Ein Beitrag zur Kenntnis und forensischen Würdigung der Geburtsverletzungen des kindlichen Kopfes (Königsberg). — **Hering, W.**, Ein Beitrag zur Kasuistik der kongenitalen Kontrakturen des Kniegelenks in Streck- und Beugestellung (Halle). — **Hochsinger, O.**, Ein Beitrag zur Frage der Beziehungen zwischen tierischer und menschlicher Tuberkulose (Gießen). — **Lange, P.**, Beitrag zur pathologischen Anatomie des Mongolismus (Leipzig). — **Löwenstein, A.**, Ein Fall von kongenitaler Kiemengangszyste (München). — **Lonicer, M.**, Über Riesenzellbildung in der Leber bei Lues congenita (Erlangen). — **Lubowski, P.**, Zur Kenntnis des Verlaufs der Tuberkulose im Kindesalter (Berlin). — **Nishimura, Y.**, Über Schenkelhalsfrakturen beim kindlichen Alter, mit besonderer Rücksicht auf deren Entstehungsmechanismus (München). — **Obermeyer, L.**, Ein Fall von angeborener Duodenalstenose; ein Beitrag zur Kasuistik der kongenitalen Darmokklusionen (Erlangen). — **Philipp, P. W.**, Über Krebsbildungen im Kindesalter (München). — **Reichsthaler, M.**, Über einen Fall von Doppelmißbildung: Thoracopagus tetrabrachius (Leipzig). — **Sack, N.**, Über das operative Verfahren bei der Atresia ani congenita (Freiburg). — **Stern, E.**, Über die Versorgung des Nabelschnurrestes beim Neugeborenen (Freiburg). — **Welde, E.**, Ein Beitrag zum Wesen und der Behandlung von Magendarmerkrankungen im Säuglingsalter (Leipzig). — **Wettwer, E.**, Ein Fall von kongenitaler Choledochuszyste (Göttingen). — **Widder, H.**, Erfahrungen aus einer Varioloisepidemie (Erlangen). — **Yudice, F.**, Statistische Erhebungen über die Häufigkeit des Trippers beim Manne und seine Folgen für die Ehefrau und Kinderzahl (Berlin). — **Zadik, A.**, Drei Fälle von progressiver Paralyse im juvenilen Alter (Leipzig).

Verantwortlicher Redakteur: Dr. Eugen Graetzer in Friedenau-Berlin. — Verlag von Johann Ambrosius Barth in Leipzig. — Druck von Metzger & Wittig in Leipzig.

Centralblatt für
Kinderheilkunde.
Eine Monatsschrift für praktische Ärzte.

XII. Jahrgang. 1. September 1907. No. 9.

I. Originalbeiträge.

(Aus dem Ambulatorium für Kinderkrankheiten von Dr. Fromm, München.)

Pylorospasmus oder Pylorusstenose?

Kasuistischer Beitrag

von

Dr. **H. Nothmann.**

Seitdem Hirschsprung im Jahre 1887 vor der deutschen Gesellschaft für Kinderheilkunde in Wiesbaden eine erste Mitteilung über zwei von ihm beobachtete Fälle von habituellem Erbrechen mit scheinbarer Obstipation und hochgradiger Atrophie gemacht hatte, einen Symptomenkomplex, den er als „Stenosis pylori congenita" bezeichnete und durch eine organische Verengerung des Magenpförtners bedingt ansah, sind in der Literatur eine große Reihe ähnlicher Beobachtungen niedergelegt. Pfaundler (1) schätzt ihre Zahl im Jahre 1906 bereits auf ca. 200. Seitdem sind — erst in jüngster Zeit von Bloch (2) und Ludwig F. Meyer (3) — noch weitere Mitteilungen erschienen. Mit den Publikationen haben sich aber auch die Ansichten über dieses Leiden in gleicher Weise vermehrt. Einigkeit herrscht fast nur über das Symptomenbild, das auf Grund der vielen Einzelbeobachtungen ein scharf umschriebenes ist. Einige Tage oder Wochen, selten unmittelbar nach der Geburt fangen die bis dahin gesunden und gut gediehenen Kinder zu brechen an, zuerst seltener, dann fast nach jeder Mahlzeit, unmittelbar oder $^1/_2$ bis 3 Stunden nach der Nahrungsaufnahme. Das Erbrechen, häufig voluminöser als eine Einzelmahlzeit, was auf eine motorische Insuffizienz des Magens schließen läßt, besteht aus Nahrungsbestandteilen in verschiedenen Stadien der Verdauung, Schleim und Eiter in wechselnder Menge, ist in vielen Fällen von erhöhter Gesamtazidität, die auf flüchtige Fettsäuren, Milchsäure zurückzuführen ist, in einzelnen auch von gesteigertem Gehalt an freier HCl. Als Folge des unstillbaren Erbrechens stellt sich Stuhlmangel ein; wenn Stuhl kommt, ist er spärlich, und in schweren Fällen ein reiner Hungerstuhl. Die Diurese sinkt; der Urin enthält Azeton, Azetessigsäure und, wie ich in einem neuerdings beobachteten schweren Falle feststellen konnte, zeitweilig auch kleine Mengen von Albumen. Der Ernährungszustand verschlechtert sich, manchmal bis zu extremen Graden der Abmagerung.

Am Abdomen, das in seinem unteren Teile eingesunken, in der Magengegend „ballonartig“ aufgetrieben ist, sieht man Hyperkinese des Magens in den verschiedensten Formen. In der Minderzahl der Fälle ist ein „palpabler Pylorustumor“ (Finkelstein) vorhanden. Manchmal auch ein Volumen ventriculi auctum als Ausdruck einer Hypotonie, Magenüberdehnung oder auch einer wahren Gastrektasie. Diese Symptome finden sich in wechselnder Kombination und verschiedener Stärke in allen Fällen unseres Leidens. Was für eine Veränderung am Magen liegt ihm zugrunde?

Während Hirschsprung die Ansicht vertrat, daß das Leiden eine organische, durch angeborene Hypertrophie der Pyloruswandungen, besonders der Muskelschichten gegebene Grundlage habe, tauchte im Jahre 1897 die Meinung auf, daß es sich um eine funktionelle Erkrankung, um einen durch den Reiz der Nahrungsaufnahme zustande gebrachten Spasmus handle (Thomsen). Pfaundler (4) unternahm es dann, aus den bisher vorliegenden Beobachtungen zwei angeblich ziemlich scharf getrennte Typen auszuschälen: die prognostisch ungünstigere, hypertrophische Pylorusstenose und den leichteren funktionellen Pylorospasmus. Diesem vermittelnden Standpunkte stehen aber bis in die letzte Zeit Forscher gegenüber, welche mit Nachdruck für die organische oder die spastische Natur des Leidens eintreten. Ibrahim (5) bringt in seiner großen Monographie Sektionsbefunde bei, welche beweisen sollen, daß die überwiegende Mehrzahl aller einschlägigen Erkrankungen durch eine echte Stenose bedingt sei. Ihm schließt sich Bloch in seiner vorerwähnten Arbeit an. Dem gegenüber sagt Heubner (6): „Der Ausgang in Heilung, der sich in den meisten Fällen vollzieht, widerlegt schon die Annahme einer organischen Pylorusstenose. Vielmehr legt er die Annahme einer funktionellen, krampfhaften Verengerung nahe, die man sich etwa in reflektorischer Weise entstehend denken kann.“ In gleicher Weise äußert er sich in seinem auf der Naturforscherversammlung zu Stuttgart 1906 gehaltenen Vortrag über Pylorospasmus (7). Gestützt auf ca. 50 Fälle eigener Beobachtung glaubt er, das Primäre in einem wahrscheinlich von Geburt an bestehenden, durch Familiendisposition begünstigten Krampf der Magenmuskulatur erblicken zu können, die Muskelhypertrophie, die sich auf den gesamten Fundusteil erstreckt, als sekundäre Arbeitshypertrophie auffassen zu dürfen.

Eine ähnliche Meinungsdifferenz, wie über die Pathogenese der Krankheit, herrscht über ihre Behandlung. Während sie in den ersten Jahren eine interne, auf Beseitigung des Spasmus und Hebung des Ernährungszustandes gerichtete, medikamentöse, physikalische und diätetische war, bemächtigten sich im Jahre 1897 die Chirurgen der kleinen Patienten. Es ist von vornherein einleuchtend, daß ein so schwerer Eingriff wie die Laparatomie bei so heruntergekommenen Kindern in den ersten Lebensmonaten keine glänzenden Erfolge aufweisen kann. So berechnet Pfaundler (1) aus den vorliegenden Publikationen eine Letalitätsziffer von 52%. Es scheint daher in neuerer Zeit die chirurgische Behandlung unseres Leidens wieder ziemlich verlassen zu sein. Wenigstens befassen sich alle neueren Veröffentlichungen nur mit der internen Behandlung, in der Haupt-

sache der Ernährungstherapie. Über einen Punkt in dieser Frage herrscht eine löbliche Einigkeit: daß nämlich für den pyloruskranken Säugling die natürliche Ernährung an der Mutterbrust diejenige darstellt, unter der eine Besserung des Allgemeinbefindens am sichersten zu erwarten ist. Ihre Durchführung wird von der Tatsache begünstigt, daß, wie einstimmig angegeben wird, mehr als die Hälfte der Erkrankungen Brustkinder betrifft. Für diejenigen Fälle aber, in denen ein Ersatz dieser Idealernährung beschafft werden muß, werden fast sämtliche von der modernen Pädiatrie erfundenen Ernährungsarten empfohlen: gelabte Vollmilch, Backhaussche Trypsinmilch, beide eisgekühlt (Ibrahim [5]), Milchreisschleimmischungen, Rahmgemenge (Bendix), Malzsuppe (Köppen), Buttermilch (Bloch (2), Ibrahim [5]). Bei diesen Empfehlungen ließen sich die Autoren von dem Gesichtspunkte leiten, dem Kind eine Nahrung zu reichen, die den pathologischen motorischen und sekretorischen Verhältnissen des Magens am besten Rechnung trägt. So fordert besonders Bloch (2) eine Nahrung, die der konsekutiven Gastritis, die in vielen Fällen zur mittelbaren Todesursache wird, möglichst günstige Heilungsbedingungen bietet. Als besonders geeignet hierfür hält er die selbst bei Stagnation im Magen nicht gärende, daher die Schleimhaut nicht reizende Buttermilch. Meines Erachtens ist aber bisher noch zu geringe oder gar keine Beachtung der Auswahl der Nahrung nach der anamnestisch festgestellten früheren Ernährung des Patienten und einer dadurch eventuell bedingten Stoffwechselstörung geschenkt worden. Ich kann mir sehr gut vorstellen, daß z. B. eine kohlehydratreiche, fettarme Nahrung, wie die Buttermilch, einen Pyloruskranken, der gleichzeitig ein „Mehlkind" (Czerny-Keller) ist, in seinem Ernährungszustande so schädigt, daß eine Heilung seiner Stenose trotz Beachtung der übrigen Momente nicht zustandekommen kann. Nur Ludwig F. Meyer (3) zieht diesen Punkt, wenn auch nur flüchtig, in Betracht, indem er bei seinem dritten, mit Backhausmilch ernährten Patienten bemerkt: „ . . . so daß der Exitus auch als mittelbare Folge der Schädigung dieser künstlichen Ernährung aufgefaßt werden kann." Ich glaube aber, daß dieses Moment bei der Ernährung des künstlich genährten pyloruskranken Säuglings in Zukunft mehr Berücksichtigung finden muß. Hinsichtlich der Quantität der Nahrung stehen die meisten Autoren auf dem Standpunkt, daß dem Patienten zunächst ein kleines, wenn auch unzureichendes Quantum in öfteren oder selteneren minimalen Dosen von 15, 10, ja 5 g gereicht werden soll. Erst nach Beseitigung der heftigsten Brecherscheinungen solle man zu größeren, ausreichenden Mengen übergehen. Dabei wird der Kalorienbedarf ungefähr dem des gesunden Säuglings gleichgeschätzt (Ibrahim [5]). Ganz kürzlich aber hat Meyer (5) vor einer allzuraschen Steigerung der Nahrungsmengen, selbst bei Brusternährung, gewarnt, mit Rücksicht auf ein Zustandekommen der von Finkelstein so genannten alimentären Intoxikation, für die in dem durch die Inanition gestörten Stoffwechsel des Pyloruskranken ein günstiger Boden gegeben sei.

Von physikalischen Maßnahmen sind am meisten Kataplasmen nach Heubner und systematische warme oder kühle Magenspülungen in Anwendung. Der Heileffekt der letzteren wird gegen die Autorität

von **Heubner**, der sie für mindestens entbehrlich hält, fast übereinstimmend angegeben. Ihre Wirkungsweise sieht **Pfaundler**, der sie besonders empfiehlt, außer in einer Reinigung des Magens von den stagnierenden Nahrungsresten, noch in einer Erschlaffung des systolisch kontrahierten Pylorus, die er experimentell nachweisen konnte. Ich glaube ferner, auf Grund klinischer Beobachtung, daß durch diese Erschlaffung des Pylorus ein Übertritt von Wasser in den Darm mit Resorption in den Kreislauf zustande kommt. Diesem letzteren Zwecke dienen auch die von manchen empfohlenen Klysmen und besonders die subkutane Einverleibung von physiologischer Kochsalzlösung. Medikamentös werden Opium und Atropin in minimalen Dosen, gegen die abnorme Säurebildung Alkalien empfohlen.

Nach dieser Übersicht über den heutigen Stand der Frage von Auffassung und Behandlung der sogen. „kongenitalen Pylorusstenose" möchte ich die Krankengeschichte eines Falles mitteilen, der mir infolge seines nicht ganz gewöhnlichen, überaus günstigen Verlaufes die Auffassung von der spastischen Natur dieses Leidens zu stützen scheint. Ähnliche Fälle mit fast momentanem Rückgang der klinischen Erscheinungen teilen nur **Siegert** (9) und **Freund** (10) mit.

Das Mädchen Anna G. kam am 16. XII. 05 mit einem Gewicht auf die Welt, das die Hebamme auf über 7 Pfund „schätzte". In den ersten 3 Wochen — bis zu 10 Wochen erhielt es ausschließlich Brust — entwickelte es sich nach der Ansicht der Mutter zur Zufriedenheit, nach dem Urteil der Hebamme aber soll es auch zu der Zeit schon nicht ganz „richtig" gewesen sein. Mit 3 Wochen fing es an, unmittelbar nach jeder Mahlzeit ein ziemlich bedeutendes Quantum der genossenen Nahrung zu erbrechen. Der Stuhlgang erfolgte recht selten, manchmal trotz der von der Mutter angewandten Klystiere nur jeden dritten Tag. Qualitative Veränderungen, verminderte Konsistenz oder schleimige Beimengungen wurden nie bemerkt. Durch das konstante Erbrechen magerte das Kind so stark ab, daß ihm die Mutter von der 10. Woche an ein- bis zweimal im Tag eine Reisschleimabkochung zu verabreichen sich veranlaßt fühlte. Im Alter von 11 Wochen, am 10. III. 06, wurde das Kind zu uns in die Sprechstunde gebracht. Es bot die Zeichen starker Atrophie dar, was schon aus dem Gewicht von 2350 g hervorgeht. Das Fettpolster war fast völlig geschwunden, die blasse Haut faltig und schlaff, für das kleine Kind viel zu groß. Was das Kind aber vorteilhaft von Patienten mit akuten Darmkatarrhen oder chronischen Ernährungsstörungen unterschied, war seine auffallende Ruhe, aus der es sich auch nicht durch die Manipulationen der Wägung und der eingehenden körperlichen Untersuchung herausreißen ließ. Die probatorische Magenspülung — 2 Stunden nach der Brustmahlzeit — ergab keine Nahrungsrückstände (Erbrechen!) und nur wenig dünnen Schleim. Ordin.: Natr. citric. $^{5}/_{300}$ zu jeder Mahlzeit 1 Kaffelöffel, 3stündl. Brust.

12. III. 06. Gewicht 2520 g, Mutter hat tags zuvor nur Kuhmilch mit Hafermehlabkochung 75 : 25 verabreicht. Dabei erfolgte den ganzen Tag über kein Erbrechen, bis am Abend nach der Brustmahlzeit wieder fast alles erbrochen wurde. Heute vormittag wurde die Milchmischung nicht erbrochen. Die Tatsache, daß das Kind die abgemessene Menge Kuhmilch bei sich behalten, die Muttermilchmahlzeit, deren Größe wir noch nicht kannten, aber erbrochen hatte, ließ uns vermuten, daß ein zu großes Quantum das auslösende Moment für den Brechakt war. Das Kind wurde in der Sprechstunde für 10 Minuten an die Brust gelegt, trank in dieser Zeit 110 g, erhielt ein Kataplasma über den Leib und erbrach innerhalb $^{3}/_{4}$ Stunden, während der es zur Beobachtung noch anwesend blieb, nicht. Ordin. wie am Vortage, Kataplasmen über den Leib.

13. III. 06. Gew. 2530 g. Seit gestern kein Erbrechen mehr. Brav. Trinkt in 10 Minuten 150 g, innerhalb $^{1}/_{2}$ Stunde kein Erbrechen.

14. III. 06. Gew. 2500 g. Kein Erbrechen. Brav. Brust geht heute zeitweilig schlecht. Kind trinkt nur 30 g. Ordin.: 6 mal Brust, 1 mal 75 g Milch, 50 g Reisschleim.

15. III. 06. Gew. 2610 g. Hat um 10 Uhr die Brustnahrung gleich nach der Aufnahme erbrochen. Um 12 Uhr erhielt es die Flasche, um 3 Uhr werden kleine Mengen Milchgerinnsel erbrochen. Heute früh unruhig. Nachts brav. Trinkt 40 g.

16. III. 06. Gew. 2630 g. Seit gestern kein Erbrechen. Hat nur Brust erhalten. Trinkt 50 g.

17. III. 06. Gew. 2710 g. Heute früh 1 mal Milch mit Haferschleim āā 75 erhalten. Sonst nur Brust. Nie erbrochen. Brav. Trinkt 180 g.

20. III. 06. Gew. 2780 g. Nahrung wie 17. III. Brav. Trinkt 60 g.

22. III. 06. Gew. 2830 g. Brav. Kein Erbrechen, trinkt nur 10 g.

24. III. 06. Gew. 2850 g. Brav. Trinkt 100 g.

26. III. 06. Gew. 2910 g. Brav. Erbricht nach dem Trinken kleine Mengen. Trinkt 90 g.

An diesem Tage sehen wir das Kind bereits in voller Rekonvaleszenz. Das Gewicht hat sich in den 14 Tagen um 560 g gehoben, das Erbrechen fast aufgehört und stellt sich nur dann noch ein, wenn das Kind zu viel oder zu hastig saugt, und auch dann in so minimaler Menge, daß es kaum in Betracht kommt. Die Stühle erfolgen in gehöriger Anzahl, von normaler Menge und Beschaffenheit. Das Allgemeinbefinden hat sich so gehoben, daß wir das Kind zur Vermeidung einer sekundären Infektion in der Sprechstunde aus der Reihe der kranken ausscheiden und zur weiteren Beobachtung unserer Beratungsstelle für Mütter gesunder Säuglinge überweisen können. Auch die weitere Beobachtung bis fast zum Abschluß des ersten Lebensjahres bestätigt unsere Annahme, daß die vorliegende Erkrankung zur Ausheilung gekommen war.

Es handelt sich also um ein Kind mit deutlichen klinischen Erscheinungen eines Passagehindernisses am Magenausgang. Wie müssen wir diesen Fall auffassen? Ätiologisch ließ sich zunächst feststellen, daß die Mutter während der Schwangerschaft viel an Magenbeschwerden und Erbrechen litt, und daß sie ein sehr leicht erregbares Temperament besitzt. Ibrahim (5) weist auf den sehr häufigen Befund von Magenbeschwerden der Eltern, hauptsächlich der Mutter, in der Anamnese der Pyloruskinder hin, Pfaundler auf die hereditäre neuropathische Belastung beim Pylorospasmus. In unserem Falle finden wir beide Angaben vereint. Inwieweit diese Momente aber tatsächlich für unsere Krankheit in Betracht kommen, ist noch nicht festgestellt. Ibrahim vertritt ja die Hypothese, daß der pathologisch-anatomische Befund, wie er ihn bei seinen Fällen erheben konnte, gewissermaßen ein Stehenbleiben auf einer fötalen Entwicklungsstufe sei. Er nimmt an, daß es in der Entwicklung des menschlichen Embryo einen Zeitpunkt gebe, in dem sich bei relativer Weite des Magenlumens eine durch unverhältnismäßig starke Ausbildung seiner Muskulatur bedingte Enge des Pylorusteiles finde. Dieses sei der Befund, den man bei der Pylorusstenose regelmäßig antreffe. Für unseren Kranken möchte ich aber eine derartige anatomische Grundlage seines Leidens ablehnen und eine der Heubnerschen Anschauung ähnliche Auffassung vertreten. Die Mutter der Patientin ist eine „nervöse“ Frau — ob neurasthenisch oder hysterisch, bleibe dahingestellt — mit speziellen Magensymptomen. Denn der Vomitus matutinus gravidarum wird von namhaften Geburtshelfern, wie Kaltenbach, Ahlfeld, Bumm (8), als eine Erscheinung des Nervensystems aufgefaßt. Wir glauben nun, daß bei dem so neuropathisch belasteten Kinde sich durch irgendwelche äußere Momente — vielleicht eine Überernährung an der Brust — ein Spasmus des Pylorus ausbildete, der zu den geschilderten Erscheinungen führte.

Daß es sich tatsächlich um ein „nervöses“ Kind handelte, konnten wir in der fast einjährigen Beobachtung auch fernerhin bestätigt finden. Unsere Auffassung von der spastischen Natur des vorliegenden Falles wird auch durch den Verlauf seines Leidens gestützt. Da die Therapie eine so plötzliche Besserung zur Folge hatte, kann ich es mir nicht vorstellen, daß eine wirklich organische, aber zunächst noch 3 Wochen lang für den Mageninhalt passierbare Stenose vorgelegen haben soll, die dann durch akzidentelle Momente, etwa eine Schwellung der Schleimhaut und entzündliche, die motorische Funktion des Magens herabsetzende Durchtränkung, wie sie Finkelstein und Ibrahim annehmen, zeitweilig zu völligem Verschluß gesteigert wurde. Dann müßte nämlich durch unser therapeutisches Eingreifen zunächst einmal ein Verschwinden dieser äußeren Momente bewirkt worden sein — was sich ja denken ließe —, dann aber auch die Heilung durch ein plötzliches „Erstarken der austreibenden Kräfte“ (Ibrahim), eine Dehnung des verengten Pylorus und eine absolute, zur Passage der Nahrung ausreichende Vergrößerung seines Lumens. Eine solche in wenigen Tagen sich vollziehende anatomische Veränderung kann man sich nur schwer vorstellen. Dagegen ist es mit der nervösen Art des Leidens viel leichter in Einklang zu bringen, daß verhältnismäßig geringfügige Maßnahmen, wie Regelung und Reduzierung der Diät, Breiumschläge auf den Leib, Ruhe nach der Mahlzeit und die einmalige Magenspülung die Überempfindlichkeit der kontraktilen Elemente soweit gemildert haben, daß das Erbrechen nach wenigen Tagen ganz sistierte. Und schließlich lasse ich sogar die Möglichkeit offen, daß die Besserung des Krankheitsbildes und der Beginn der Behandlung nur zeitlich, nicht ätiologisch zusammenfallen. Auch eine solche spontane Heilung wäre bei einem nervösen Leiden nicht auffallend, bei einem organischen aber fast undenkbar. So glaube ich diesen Fall als einen reinen Pylorospasmus auffassen zu dürfen, und ich schließe mich damit der Anschauung jener Autoren, Heubner, Pfaundler, an, welche das Zustandekommen eines selbst schweren Bildes von Pylorusverengerung auf Grund eines rein funktionellen Spasmus für erwiesen halten. Deswegen habe ich mir gestattet, diesen kleinen kasuistischen Beitrag zu veröffentlichen, der mir besonders durch das plötzliche Verschwinden aller Symptome ein gewisses Interesse zu beanspruchen scheint. Ob aber nicht auch neben diesem wesentlich häufigeren und damit praktisch bedeutungsvolleren Leiden noch eine echte Stenose im Sinne von Ibrahim vorkommt, möchte ich dahingestellt sein lassen.

Literatur:

1. Pfaundler, Pylorusstenose im Säuglingsalter. Im Handbuch der Kinderheilkunde von Pfaundler-Schloßmann. 1906. Bd. II. Teil 1.

2. Bloch, Die angeborene Pylorusstenose und ihre Behandlung. Jahrb. f. Kinderheilk. 1907, 65, der III. Folg. XV. Bd. Heft 3 u. 4.

3. Meyer, Ludwig F., Über den Tod bei der Pylorusstenose der Säuglinge. Monatsschr. f. Kinderheilk. 1907. Bd. VI. Nr. 2.

4. Pfaundler, Bibl. med. D. Heft V (98).

5. Ibrahim, J., Die angeborene Pylorusstenose im Säuglingsalter. Berlin 1905. S. Karger.

6. Heubner, O., Lehrb. d. Kinderheilk. 1903. Bd. I.
7. Zitiert nach Referat in Münchn. med. Wochenschr. 1906. Nr. 41.
8. Bumm, Grundriß zum Studium der Geburtshilfe. II. Aufl. Wiesbaden 1903.
9. Siegert, Erfahrungen mit der nach v. Dungern gelabten Vollmilch bei der Ernährung des gesunden und kranken Säuglings. Münchn. med. Wochenschr. 1901. S. 1164.
10. Freund, W., Über Pylorusstenose im Säuglingsalter. Mitteil. a. d. Grenzgebieten der Med. u. Chirurg. 1903. Bd. XI. S. 309.

II. Referate.

A) Aus deutschen Zeitschriften.

Paul Sittler, Zur Dauer der Immunität nach Injektion von Diphtherieheilserum. (Jahrb. f. Kinderheilk. Bd. 64. Heft 3.) Die prophylaktische Immunisierung gewährt dann einen wirksamen Schutz auf längere Zeit (3—5 Wochen und mehr), wenn die immunisierten Kinder nicht zu oft in Kontakt mit Diphtheriekranken und -Rekonvaleszenten kommen, was schon aus dem Grunde erforderlich, um immunisierte Personen nicht zu Bazillenträgern zu machen und so der Weiterverbreitung der Infektion Vorschub zu leisten. Beim Verweilen der immunisierten Kinder unter Diphtheriekranken kann die Immunität unter Umständen von sehr kurzer Dauer sein (10 bis 14 Tage).

Nicht immunisierte Kinder erkranken unter gleichen Bedingungen in einem ungleich viel größeren Verhältnisse als immunisierte.

Katarrhalische Affektionen jeder Art, Verletzungen der Schleimhäute bilden auch bei immunisierten Kindern ein stark für Diphtherie prädisponierendes Moment, das gegebenenfalls die Dauer der Immunität erheblich abzukürzen imstande ist.

Die Dauer der Immunität steigt bei Dosen von 500 I.-E. und darüber nicht im Verhältnis zu der Menge der injizierten Immun-Einheiten.

Nach Seruminjektion plus überstandener Diphtherie können bei gegebener Infektionsgelegenheit ebenso früh frische diphtherische Erkrankungen eintreten (wenn sie auch im Verhältnis sehr viel seltener sind), wie nach Seruminjektion allein.

Skarlatiniforme Allgemeinexantheme. auch wenn sie fieberlos und ohne stärkere Affektion der Rachenorgane verlaufen, sind in den meisten Fällen echte Scharlacherkrankungen.

Das Phänomen der Anaphylaxie (Überempfindlichkeit) nach mehrmaliger Injektion von Serum läßt es trotz der Tatsache der Unschädlichkeit einer einzelnen Serumeinspritzung wünschenswert erscheinen, durch geeignete Isolierungsmaßregeln Sorge zu tragen, daß eine allzuhäufige Wiederholung der prophylaktischen Injektionen bei ein und demselben Individuum nicht notwendig wird. Hecker.

E. W. Tschernow, Ungewöhnlich umfangreicher „Dickdarm“ bei Kindern. Megacolon congenitum non est conge-

nitum, sed acquisitum. (Jahrb. f. Kinderheilk. Bd. 64. Heft 6.) Nach Ansicht des Verf.s ist eine Erweiterung der Darmhöhle und eine Hypertrophie der Darmwände nur dort möglich, wo ein Hindernis entweder in Form einer kongenitalen Aplasie oder einer Parese oder einer relativen Verengerung des Darmes usw. vorliegt; dort hingegen, wo ein Hindernis nicht vorhanden oder verschwunden ist, kann weder eine Erweiterung der Darmhöhle noch eine Hypertrophie der Darmwände vorhanden sein. Die Veränderung im Darm bei Megacolon sind folglich erworbene Bildungen, aber nicht angeborene, und deshalb ist auch das Megacolon, wenn es überhaupt vorhanden ist, nicht in Form eines congenitum, sondern in Form eines Megacolon acquisitum vorhanden. Als Ursachen der Erweiterung der Darmhöhle und Hypertrophie der Darmwände kommen verschiedene Hindernisse in Betracht, die sich gewöhnlich im alleruntersten Abschnitt der Flexura sigmoidea und sehr häufig, wie man annehmen muß, in der Übergangsstelle der letzteren in das Rektum befinden. Therapeutisch kommt zweierlei in Betracht, und zwar erstens eine die Verstopfung zeitweilig beseitigende, konservative und in zweiter Linie erst eine chirurgische Behandlung. Letztere besteht in der Ausführung einer Entero-Anastomosis, einer Anastomose der Höhle des S. romanum oder des oberen Teiles des Colon descendens mit der Ampulla recti.

Hecker.

J. Sadger, Die Hydriatik des Krupp. (Archiv f. Kinderheilk. Bd. 45. Heft 1 u. 2.) Verf. ist der Ansicht, daß „die echte Rachenbräune trotz Tracheotomie, trotz Intubation und trotz Behrings Heilserum noch heutigentags zu den gefürchtesten Kinderkrankheiten gehört, gegen welche wir mit den üblichen Behandlungsweisen in den schweren Fällen fast machtlos sind." „Denn selbst eine frühzeitige Injektion auch mit einem hinreichend hochwertigen Serum vermag erfahrungsgemäß nicht zu hindern, daß die kruppösen Belege sich ausbreiten und die schweren Fälle ganz prompt zum Exitus letalis führen." Er tritt warm für die Harder-Laudaschen Sturzbäder ein, welche man ohne Zaghaftigkeit dreist bei jedem kruppkranken Kind anwenden soll. Das Verfahren besteht darin, daß zunächst der Kopf des Kindes, dann Hals, Brust, Rücken und Bauch, endlich Hände und Füße mit frischen brunnenkalten Wasser abgewaschen und sodann das in einem Wasserschaff stehende Kind mit frischem Wasser maßweise in kurzen Pausen das eine Mal über den Kopf, das andere Mal über den Nacken mit Wasser übergossen wird. Die Übergießung muß auf einmal und plötzlich geschehen. Darauf abtrocknen und ins Bett legen. Die Sturzbäder werden wiederholt in Pausen von 3—4 Stunden appliziert. Die Vorteile liegen in der bekannten antipyretischen, exspektorierenden und analeptischen Wirkung solcher Prozeduren. Man soll sich durch die dabei eintretende Zyanose und das eventuell eintretende Hintenüberwerfen des Kopfes des Kindes nicht erschrecken lassen. Unterstützt wird das Verfahren durch Eiskompressen um den Hals. Die Wirkung sei eine vorzügliche.

Hecker.

L. Loránd, Zur Kenntnis der Echinokokkuszysten des Brustraumes, mit besonderer Berücksichtigung des Kindes-

alters. (Aus dem Budapester Stefanie-Kinderspital.) (Monatsschr. f. Kinderheilk. April 1906.) L. bespricht genauer alles Wissenswerte über die intrathorakalen Echinokokkenzysten und betont bei der Therapie, daß v. Bókay der erste war, der bei einem Falle von Pleuraechinokokkus das bisher nur bei Leberechinokokken angewandte Baccellische Verfahren mit Erfolg versucht hat. Dieses Verfahren ist als primärer Eingriff um so mehr des Versuches wert, da diesem, falls es nicht den erwünschten Erfolg hätte, noch immer die radikale Operation nachgeschickt werden kann. Ein Beispiel dafür bildet ein Fall von pleuralem Echinokokkus, von dem L. schon 1902 einmal berichtet hat. Auch hier wurde das Baccellische Verfahren versuchsweise angewendet, doch dürften in diesem Falle im Pleuraraum zwei Zysten (vielleicht Mutter- und Tochterblase) gesessen sein, von welcher die eine in Eiterung überging und nach Verwachsung mit der viszeralen Pleura in den Bronchus perforierte. Da das injizierte Sublimat in die erweiterte Zyste nicht eindrang und bei der Probepunktion gesehen wurde, daß der Inhalt der einen Zyste eitrig-jauchig wurde, mußte die radikale Operation vorgenommen werden, welche zur Heilung führte. Die Richtigkeit dieser Annahme wurde durch die Operation selbst bestätigt und jetzt, 1 Jahr später, wo der 12jährige Knabe an einem Lungenechinokokkus der anderen Seite zugrunde ging, noch eklatanter erwiesen.

Die Obduktion breitete Licht über die dunklen Details dieses unglücklich verlaufenen Falles. Die Keime des Echinokokkus dürften zur gleichen Zeit in verschiedenen Organen angesiedelt sein (in der Leber, in beiden Brusthälften und in dem Omentum), dementsprechend müßte die Diagnose auf Echinococcus disseminatus gestellt werden. Trotzdem, daß die Erscheinungen der Anwesenheit des Parasiten in den beiden Brusthälften zu verschiedener Zeit evident wurden, und die kleineren Zysten in der Leber und in dem Omentum während des Lebens überhaupt keine Symptome darboten, dürfte die Infektion wahrscheinlich doch zur gleichen Zeit erfolgt sein. Die Obduktion bestätigte die Richtigkeit der Annahme, daß die zur Zeit des ersten Spitalaufenthaltes behandelte Erkrankung des Patienten tatsächlich primärer Pleuraechinokokkus war. Es war ersichtlich, daß sich die rechte Lunge seit der Operation vollkommen ausgedehnt hat und daß in derselben keine Spur einer Höhle vorhanden war, in welcher eine dorthin eingebettete Zyste hätte sitzen können.

Man fand jedoch eine walnußgroße Höhle zwischen dem rechten Ober- und Unterlappen, in welcher die Blase liegen konnte, und diese Höhle kommunizierte mit dem dort ganz oberflächlich liegenden und von außen nur durch die Pleura visceralis bedeckten Hauptbronchus. Die vereiterte Tochterblase mußte daher gar nicht durch Lungengewebe durchbrechen, um in den Hauptbronchus, welcher an dieser Stelle in den Unterlappen eintritt, zu perforieren. Die Mutterblase konnte intrapleural in dem freien Pleuraraume liegen, währenddem die Tochterblase, welche die Erscheinungen von Pneumozystis darbot, interlobär zwischen den Pleurablättern sitzen konnte. Nach Entfernung der Blase blieb eine von glattem, balkigem Bindegewebe begrenzte Höhle zurück, welche durch einen gänsekieldicken Bronchus

mit dem rechten Hauptbronchus in Verbindung stand. In die im linken Unterlappen gelegene zweifaustgroße Höhle traten drei Bronchuszweige ein, und da sozusagen die ganze linke Lunge für den Luftwechsel unbrauchbar war, brauchte Blut- und Blaseninhalt nur den rechten Bronchus und dessen Zweige zu überschwemmen, um die Erstickung herbeizuführen. Die in der Leber sitzende kleine, kinderfaustgroße Echinokokkuszyste lag in der unteren Fläche der Leber, in der Nachbarschaft der Gallenblase, und stand daher mit der Entwicklung der rechtsseitigen Pleurazyste in keinem ursächlichen Zusammenhang. **Grätzer.**

H. Herzog (Solothurn), Über Trachealdiphtherie mit mehrfacher Neubildung von Pseudomembranen. (Aus der Universitätskinderklinik in Heidelberg.) (Deutsche med. Wochenschr. 1907. Nr. 20.) In einem Falle von schwerer Diphtherie hatte H. Gelegenheit, dreimal ein „Ecouvillonnage“ des Larynx bzw. der Trachea unter ganz besonderen Umständen zu beobachten.

„Ecouvillonnage“ nannten 1896 Variot und Bayeux ein neues Verfahren zur Behandlung der membranösen Kehlkopfdiphtherie: dasselbe besteht darin, daß durch Einführen des Tubus, wie bei der gewöhnlichen Intubation, die an den Wänden des Larynx und der Trachea haftenden Pseudomembranen abgelöst und bei der wenige Minuten später ausgeführten Extubation ausgehustet werden. Unter „Ecouvillonnage de nécessité“ verstehen die französischen Autoren die notgedrungen rasche Entfernung des durch eine Pseudomembran verstopften Tubus.

In H.s Falle vollzog der Patient selbst die Ecouvillonnage de nécessité, indem er dreimal den Tubus samt einem pseudomembranösen Abguß der Trachea aushustete. Im folgenden gibt H. kurz die Krankengeschichte wieder.

Der Fall ist nicht nur wegen der eklatanten Heilwirkung der jedesmaligen Intubation, sondern auch von einigen theoretischen Gesichtspunkten interessant. Zunächst ist es klar, daß es sich zwar um drei scheinbar ganz gleichartige Pseudomembranen handelte, daß aber die zweite und dritte Membran histogenetisch von der ersten verschieden sein müssen; denn während bei der ersten die Epitheldecke die wesentliche Grundlage für den Exsudationsprozeß abgibt und mit der Abstoßung der Membran eliminiert wird, konnten die beiden folgenden Membranen nur aus Exsudatfibrin bestehen. Denn daß das Schleimhautbindegewebe vom diphtherischen Prozeß verschont blieb, beweist die glatte Heilung, die jeden Gedanken an Narbenbildung ausschließen läßt. Daß die Membranen in der Tat alle drei am gleichen Ort entstanden waren, geht unzweifelhaft aus ihrer Form und Länge hervor.

Es hatte ferner das Diphtherieheilserum zwar nicht die innerhalb 25 Stunden zweimal erfolgte Membranregeneration zu hindern vermocht — wie ja klinisch bei Kehlkopfdiphtherien die günstige Wirkung der Serumeinspritzung in der Regel erst nach 24 Stunden in Erscheinung tritt; doch darf man die leichte Abstoßung der Membranen vielleicht als Serumwirkung auffassen, wie ja der weitere

günstige Verlauf des schweren Falles bei dem $2^3/_4$ jährigen Kinde sicher der antitoxischen Behandlung zu danken ist. Grätzer.

H. Wolff, Über Pathogenese und Therapie der Anaemia splenica infantum. (Aus dem Krankenhause Hermannswerder-Potsdam.) (Berliner klin. Wochenschrift. 1906. Nr. 49.) W. führt den Fall eines 2jährigen Kindes vor, das das Bild eines sehr schweren und progredienten Zustandes darbot. Das völlige Darniederliegen des ausgesprochen kachektischen Kindes, das Versagen aller Ernährungsversuche und die hochgradige Anämie mußten einen ungünstigen Ausgang fürchten lassen; dazu kam das Ergebnis der Blutanalyse, das der Anaemia splenica infantum entsprach. W. wollte noch die Splenektomie versuchen, in der Erwägung, daß bei der starken Konsumption der Hämoglobinträger die enorm vergrößerte Milz doch eine ursächliche Rolle spielen könne, daß das Virus, welches hypothetisch auf das Blut einwirkt, sein Zerstörungswerk in der Milz zur Ausführung bringe. Dazu kam der Gedanke, es könne in dieser Hinsicht wenigstens eine Analogie mit Anaemia splenica des Erwachsenen, der Bantischen Krankheit bestehen und die bei dieser festgestellte kurative Wirkung der Milzexstirpation auch dort eintreten.

Die Operation wurde ausgeführt, und der Erfolg war ein frappanter. Die Blutuntersuchung ergab schon 10 Tage später ein völlig verändertes Bild: Eine um mehr als 10fache vermehrte Zahl der Erythrozyten, eine Veränderung der Verhältniszahl der Weißen zu den Roten von 1 : 12 auf 1 : 69, eine Vermehrung des Hämoglobingehaltes von 40 auf 51. Dazu eine Gewichtszunahme von etwa 2 Pfund! Dazu blühte jetzt das Kind geradezu auf, die Nahrungsaufnahme war eine reichliche. Das zeigt doch wohl, daß die Anaemia splenica ihre Entstehung einer primären Milzerkrankung verdankt und als völlig selbständiges Krankheitsbild aufzufassen ist.

W. meint ferner dazu: „Unser Fall scheint uns wie ein Experiment zu beweisen, daß die Milz, welche ja wahrscheinlich schon physiologisch eine Stätte des Unterganges der roten Blutzellen bildet, daß dieses Organ zum lebensbedrohenden Vernichtungsort derselben werden kann, so daß gegen ihr Zerstörungswerk nichts anderes zu helfen vermag als ihre Entfernung. Will man den Vorgang des Erythrozytenverlustes nicht direkt in die Milz verlegen, so bleibt noch die Annahme, daß dort Giftstoffe gebildet werden, welche an anderer Stelle, vielleicht auf dem Wege des Pfortaderblutes in der Leber, ihre deletäre Wirkung auf die roten Zellen entfalten. Was den Anstoß zu diesen, glücklicherweise nicht immer irreparablen Veränderungen geben mag, läßt sich aus der Vorgeschichte der bisher beobachteten Fälle mit Wahrscheinlichkeit entnehmen. Es sind Ernährungsstörungen, die bei den erkrankten Kindern wohl ausnahmslos vorgelegen haben. Daß auf diesem Wege dann anderweitige Allgemeinerkrankungen, Rachitis, Tuberkulose u. a. disponierend wirken können, bedarf keiner Hervorhebung." Grätzer.

G. Gabritschewsky, Über Streptokokkenerytheme und ihre Beziehungen zum Scharlach. (Berl. klin. Wochenschrift. 1907. Nr. 18.) G. zieht aus seinen Beobachtungen und Forschungen folgende Schlüsse:

I. Die Streptokokken sind imstande, bei septischen Infektionsformen scharlachähnliche Erytheme und Exantheme zu erzeugen.

II. Aus Scharlachstreptokokken zubereitete Vakzinen können scharlachähnliche Erytheme und Exantheme hervorrufen.

III. Die punktförmigen Erytheme und Exantheme bei Scharlach, Skarlatinoid und Streptokokkenvakzine können den Toxikodermien infektiöser Herkunft zugezählt und in pathogenetischer Hinsicht als identisch betrachtet werden.

IV. Die Tatsache, daß beim Menschen unter dem Einfluß der Scharlachstreptokokkenvakzine punktförmige Ausschläge mit sämtlichen anderen dem Scharlach eigenen Symptomen auftreten, repräsentiert einen wesentlichen, entscheidenden Faktor zugunsten einer Anerkennung des Streptokokkus als spezifischen Scharlacherregers.

V. Dieses Faktum liefert auch eine wissenschaftliche Basis sowohl für die von Dr. Moser eingeführte praktische Verwendung der Serotherapie beim Scharlach, als auch für die von mir vorgeschlagene Streptokokkenvakzination nicht nur gegen die Komplikationen, sondern auch gegen den Grundprozeß beim Scharlach.

Grätzer.

B. Schick, Die Therapie des Scharlach. (Aus der K. K. pädiatr. Klinik in Wien.) (Berliner klin. Wochenschrift. 1907. Nr. 23.) Allgemeine Therapie: Jeder Fall von Scharlach, auch der leichteste, bleibt mindestens 4 Wochen im Bett liegen und erhält in dieser Zeit kein Fleisch. Patient erhält aber auch keine reine Milchdiät, sondern je nach dem Appetit neben Milch noch Malzkaffee oder Kakao mit Milch, Milchspeisen, leichte Mehlspeisen, Semmeln, Butter, falsche Suppen (Einbrenn-, Erdäpfel- usw.), Kompott und Honig.

Bestes Mittel gegen das Fieber: Kühle Packungen des Stammes (15—20°, 1—2 stündlich). Hände und Füße bleiben außerhalb. Werden die Extremitäten kalt oder zyanotisch, so muß der Umschlag gleich abgenommen werden und wenn darauf keine Erwärmung erfolgt, durch ein gewärmtes trockenes Tuch ersetzt werden. Einreibungen mit Vaseline beschleunigen die Abschilferung, besonders wenn man sie auf warme Seifenbäder folgen läßt. Die Bäder sind erst für das Ende der Rekonvaleszenz (5. Woche) zu empfehlen (täglich oder jeden 2. Tag). Bei leichter Rachenaffektion nur kalte Umschläge, Gurgeln mit Wasserstoffsuperoxyd (1—2 %), bei schweren Anfeuchtung der Mundhöhle durch häufiges Trinken (Limonade, kalter Tee mit Zitronensaft), 3—4 mal täglich Ausspritzung des Mundes (mittels Ohrenspritze) mit kaltem Wasser. Gegen Rhagaden in den Mundwinkeln 3 %iges Borlanolin-Vaselin. Behandlung der Otitiden: Sobald Rötung und Schwellung des Trommelfells festgestellt, 2—3 mal täglich Eintropfen 5 %igen Karbolglyzerins, warme oder kalte Umschläge (je nachdem was angenehmer empfunden wird) mit Liq. Burowii aufs Ohr. Bei starker Vorwölbung und starken Schmerzen sowie hohem Fieber Parazentese. Bei Otorrhoe 2—3 mal täglich Entfernung des Sekrets durch Einträufeln von Wasserstoffsuperoxyd (2 %). Lymphdrüsenschwellungen geringen Grades gehen unter einfachen Prießnitzumschlägen zurück. Bei zunehmender Schwellung Umschläge mit

Burow, Einpinselung von Jodvasogen, Auflegen von Ichthyolsalbe (10%), Inzision (in leichter Äthernarkose) erst bei deutlicher Fluktuation und Rötung. Sehr wichtig Berücksichtigung und Vorbeugung jeder Herzschwäche (Digitalis, Digalen, Kaffee, subkutan Kampfer, Koffein). Stets für Stuhlgang sorgen (Aq. laxativ. Viennens. oder Ol. Ricin., Syr. Mann. āā 15,0).

Das Mosersche Serum erwies sich, in den ersten drei Krankheitstagen injiziert — 200 ccm subkutan in die Bauchhaut — als wirksam.

Nun zu den Nachkrankheiten, speziell der Nephritis. Als einzige prophylaktische Maßregel ist Bettruhe anzusehen. Bei Bettruhe und fleischloser Diät heilen auch die leichten Formen der Nephritis. Will man diaphoretisch wirken, so mache man feuchtwarme oder trockenwarme Packungen (1/2 Stunde). Als Getränke (unbeschränkt): Milch, Tee, Biliner. Die kochsalzarme Diät (Milch, Kakao, Malzkaffee, Obst, ungesalzenes Brot, Butter, Honig, Suppen, Mehl- und Milchspeisen, ungesalzen) hat günstige Wirkung auf die Intensität der Ödeme, weshalb sie bei eingetretener Nephritis zu empfehlen ist. Tritt Urämie ein mit starken Krämpfen und Bewußtlosigkeit: Venaesektio (200—300 ccm bei 6—12 jährigen Kindern, 500 ccm bei Erwachsenen), mit darauffolgender subkutaner Infusion physiologischer Kochsalzlösung in gleicher Menge oder hohe Darmirrigationen mit lauem Wasser. Bettruhe und kochsalzarme oder fleischlose Diät werden womöglich bis zum 8. Tage nach völligem Schwinden der Eiweißausscheidung ausgedehnt. Nur wenn die Patienten wochenlang nach Schwinden der Ödeme bei bestem Wohlsein nur Spuren Albumen ausscheiden, stehen sie auf und werden auf gewöhnliche Kost mit Vermeidung von Alkohol gesetzt.

Die am Anfange aufgestellte Forderung der 4 wöchentlichen Bettruhe gilt daher nur für die unkomplizierten Fälle. Sobald sich eine Nachkrankheit (Nephritis, Lymphadenitis usw.) zeigt, muß die Bettruhe entsprechend ausgedehnt werden. In diesem Falle dürfen die Kinder frühestens eine Woche nach der letzten Fiebersteigerung oder Eiweißausscheidung aufstehen, erhalten dann gemischte kräftige Kost und es wird nur die tägliche zweimalige Temperaturmessung und die Harnuntersuchung fortgesetzt. Auch das erste Aufstehen wird manchmal von Fieber beantwortet. In diesem Falle genügt meist mehrtägige Bettruhe bis zum Eintritte normaler Temperaturen. Dann versuche man neuerlich aufstehen zu lassen. 8—14 Tage nach dem Aufstehen können die Patienten ins Freie. Als Regel ist aufzustellen, daß auch bei leichtesten Scharlachfällen mindestens bis zum Ende der 6. Woche täglich vor- und nachmittags die Körpertemperatur gemessen wird. Bei Komplikationen sind die Temperaturmessungen entsprechend länger auszudehnen. Das Verhalten der Temperatur ist gerade beim Scharlach ein wertvolles Symptom und oft das erste Warnungssignal für Störungen der Rekonvaleszenz.

Grätzer.

A. Läwen, Über die äußeren Fisteln bei angeborener Atresia ani s. recti und über die Darstellung des kongenital

verschlossenen Rektums im Röntgenbild. (Beitr. z. klin. Chir. 1906. B. 48. Heft 2.) In der Leipziger Klinik kam ein 1 tägiges Kind zur Operation, das eine angeborene Atresia ani mit suburethraler Fistel hatte und außerdem eine angeborene Spaltung des Scrotums. — Ferner werden Röntgenbilder von Atresia ani mitgeteilt, auf welche die Form des blind endigenden Rektums durch Injektion einer öligen Wismutemulsion in die Fistel sichtbar gemacht ist.

Vulpius-Ewald (Heidelberg).

Karl Försterling, Über Wachstumsstörungen nach kurzdauernden Röntgenbestrahlungen. (Centralbl. f. Chir. Nr. 19. S. 521.) Aus F.s Versuchen geht hervor, daß bei jungen noch im starken Wachstum begriffenen Tieren schon kurzdauernde einmalige Röntgenbestrahlungen, die geringer sind als die gebräuchlichen therapeutischen Dosen, eine erhebliche Wachstumshemmung in den exponierten Körperteilen hervorrufen können und fast stets auch hervorrufen. Je älter die Tiere sind, desto geringer scheint die Wirkung des Röntgenlichtes zu sein, je jünger die Tiere sind, desto geringere Röntgenlichtdosen sind erforderlich.

F. folgert aus seinen Versuchen, daß therapeutische Röntgenbestrahlungen bei kleinen Kindern nur bei malignen Neubildungen und malignen Erkrankungen z. B. Leukämie angewandt werden dürfen. Auch dann muß der übrige Körper in ausgedehnter und exakter Weise durch Abblendung und Abdeckung geschützt werden. Ferner empfiehlt es sich, auch die Röntgenaufnahmen möglichst einzuschränken, vor allem nicht zu schnell und häufig zu wiederholen wegen der kumulierenden Wirkung der Röntgenstrahlen. Die geringste Dosis Röntgenlicht, die eventuell schon Schädigungen hervorruft, ist noch nicht bekannt.

Joachimsthal.

Patrik Haglund, Über Fraktur des Epiphysenkerns des Calcaneus, nebst allgemeinen Bemerkungen über einige ähnliche juvenile Knochenverletzungen. (Arch. f. klin. Chir. Bd. 82. Heft 3. S. 922.) H. beobachtete bei zwei Knaben im Alter von 12 und von $11^1/_2$ Jahren Verletzungen des Epiphysenkerns des Calcaneus an der Haftstelle der Achillessehne, die eine gewisse Analogie mit den von Schlatter u. a. beschriebenen Verletzungen des schnabelförmigen Fortsatzes der oberen Tibiaepiphyse und den von H. selbst beschriebenen Verletzungen, welche in dem noch nicht ausgebildeten Os naviculare pedis auftreten, zeigen. Der erste Knabe, früher eifriger Turner hatte seit mehreren Monaten an Schmerzen und Beschwerden in beiden Fersen beim Gehen, Springen und dergl. Bewegungen, welche besonders die Wadenmuskulatur anstrengen, gelitten. Ein eigentliches Trauma war in der Anamnese nicht vorhanden, aber der Patient wie seine Angehörigen führten das Übel auf eine anstrengende Fußwanderung zurück. Die Untersuchung ergab eine unbedeutende Auftreibung und Empfindlichkeit auf einer ziemlich großen Partie der beiden Fersen, an der Haftstelle der Achillessehne. Das Röntgenbild zeigte an den beiden Knochenkernen deutliche Frakturen, auf der rechten Seite etwas höher als auf der linken. Von Interesse war auch die Unebenheit der Begrenzung der

Epiphysenfuge und der Knochenstruktur ringsum. Bei dem zweiten Patienten, gleichfalls einem eifrigen Turner, wurde ebenfalls ein eigentliches Trauma vermißt. Die objektiven Zeichen waren ebenso wie die Empfindlichkeit dieselben wie in dem ersten Falle, rechts indessen ziemlich unbedeutend. Das Skiagramm zeigt auf dem Epiphysenkern des linken Fersenknochens eine ausgeprägte Querfraktur etwas oberhalb der Mitte und oberhalb der Fraktur eine bedeutende Störung im Knochenwachstum. Auf der rechten Seite war keine deutliche Frakturstelle vorhanden, wohl aber eine Andeutung dazu nahe der oberen Spitze.

In therapeutischer Hinsicht wird es darauf ankommen, der Sehnenhaftstelle Ruhe zu verschaffen entweder durch vollständige Bettruhe mit passender Fixation — eine natürliche in den meisten Fällen allzu rigorose Therapie, da ja die Restitution bedeutende Zeit in Anspruch nimmt — oder man muß versuchen, mit zweckmäßigen Anordnungen die beständige Reizung der Sehnenhaftstelle zu vermindern. So kann man bei Fersenverletzungen die Reizung der Sehnenhaftstelle dadurch herabsetzen, daß man die Patienten hohe Absätze tragen läßt. Man kann auch versuchen, die geschädigte Stelle mit Heftpflasterstreifen gegen zu erhebliche Störungen zu schützen. Bei sehr schweren Fällen — wie beim ersten der H.schen Fälle in dem die Beschwerden noch im zweiten Jahre sehr schwere waren, kann man Veranlassung finden, durch Immobilisation im Gipsverbande das Verschwinden der Deformität zu befördern. Joachimsthal.

Theo Mennacher, Ein Fall von chronischer Lymphozytenleukämie bei einem 11 monatigen Kinde. (Aus der kgl. pädiatr. Poliklinik in München.) (Münch. med. Wochenschrift. 1906. Nr. 43.) Die Diagnose schwankte in diesem Falle zwischen Anaemia pseudoleukaemica infantum (Anaemia splenica) und echter Leukämie. Für die erstere Diagnose sprach vor allem das Alter des Kindes und die Ätiologie; denn Magendarmstörungen, falsche Ernährung, Rachitis, schlechte hygienische Verhältnisse begünstigen dies Leiden, und alles dies lag hier vor. Die Erkrankung kompliziert sich gern mit Darmstörungen, bronchitischen Affektionen, Hautblutungen: alles dies lag hier vor. Der Blutbefund ließ aber so offenbare Abweichungen erkennen, daß diese Diagnose nicht aufrecht zu erhalten war. Zwar war der Hämoglobingehalt bedeutend herabgesetzt (40%), dagegen fehlte vor allem die Verminderung der Zahl der roten Blutkörperchen, die Veränderungen in bezug auf Größe und Form der roten Elemente war nicht ausgesprochen genug, dagegen die kernhaltigen roten Blutkörperchen stark vermehrt. Neben der fehlenden Verminderung der Erythrozytenzahl war es aber die Zahl der weißen Blutkörperchen, welche gegen Anaemia splenica sprach, denn sie übertraf auch die bisher als höchste beschriebenen Zahlen um mehr als das Doppelte (258000). Dazu kam noch das prozentuale Überwiegen der Lymphozyten (74%) und der auch gegen die Norm des Säuglingsalters bedeutend verminderte Prozentgehalt der neutrophilen polynukleären Leukozyten (20%). Da nach Japha bei Anaemia splenica 1. die Zahl der Leukozyten 50000 selten überschreitet, 2. der Prozentgehalt des ersten Lebens-

jahres für die verschiedenen Leukozytenarten trotz Vorkommens von Myelozyten im ganzen innegehalten ist, 3. in schweren Fällen erhebliche quantitative Veränderungen der Erythrozyten bestehen, obiger Fall aber von diesen Bestimmungen erheblich abweicht, so durfte er wohl den Leukämien im gewöhnlichen Sinne zuzuteilen, zumal das klinische Bild wie der Obduktionsbefund auch für diese Annahme einwandsfrei sprachen, besonders die schweren Knochenmarksveränderungen, die sich vorfanden, sowie die starke Beteiligung der Lymphdrüsen und Leber. Wir wissen heute, daß zum Zustandekommen jeder Leukämie eine pathologische Veränderung des Knochenmarks notwendig ist. Im obigen Falle konnte in vivo die Knochenmarksbeteiligung aus dem Blutbefund, absolute Vermehrung der neutrophilen polynukleären Zellen, die ja im Knochenmark entstehen, dementsprechend Auftreten von, wenn auch nur spärlichen Myelozyten und Übergangsformen und zahlreichen Erythroblasten erschlossen werden. Es handelte sich hier zweifellos um eine lymphatische (Lymphozyten-) Leukämie. Zwar ist beim Säugling schon in der Norm das prozentuale Verhältnis der Lympho- zu den Leukozyten gegenüber dem beim Erwachsenen zugunsten der ersteren verschoben, allein obige Verhältniszahlen waren doch charakteristisch genug. Die Diagnose wird noch gestützt durch die in dem Falle fehlende wesentliche Vermehrung 1. der mononukleären, neutrophilen und eosinophilen Zellen, 2. der Mastzellen, die bei myelogener Leukämie immer eklatant hervortritt. Endlich kam dazu der Obduktionsbefund, der in allen untersuchten Organen ein bedeutendes Überwiegen der Lymphozyten ergab. Der Fall muß ferner den chronischen Formen zugeteilt werden: denn abgesehen von dem schleichenden Beginne und dem über mehrere Monate sich hinziehenden, fieberlosen Verlaufe sprachen dafür die Befunde an Knochenmark und Milz (typische chronische Induration der letzteren).

Grätzer.

H. Bogen, Zur Kasuistik der kongenitalen Luxation der Patella. (Aus der Univers.-Kinderklinik zu Heidelberg.) (Münch. med. Wochenschrift. 1907. Nr. 14.) B. beschreibt den Fall wie folgt:

„Es handelt sich um ein 5 jähriges Mädchen, das an einer linksseitigen kongenitalen, habituellen, kompletten Luxation der Patella leidet. Das rechte Bein ist intakt. Bei der Untersuchung des linken Beines in gestreckter Haltung bei liegendem oder stehendem Kinde sieht und fühlt man eine im Vergleich zur rechten kleinere, sehr bewegliche Kniescheibe. Das ganze Bein ist etwas atrophisch und steht in leichter Valgusstellung; die Kniescheibe liegt meist an normaler Stelle; der linke Fuß ist etwas mehr nach außen gedreht als der rechte. Der rechte Condylus externus femoris ist stark abgeflacht, der Condylus internus im Gegensatz dazu übermäßig entwickelt. Das Femur ist nach vorn innen konvex gekrümmt; Rachitis soll bei dem Kinde nicht bestanden haben, eventuelle Reste sind nicht nachweisbar. Das Gelenk ist fest, seitliche Bewegungen sind nicht möglich. Der sehr atrophische Quadrizeps ist nach außen verlagert, so daß man bei der Palpation vorn unter der Haut sofort auf den Knochen kommt. Das linke Ligamentum patellae ist kürzer und dünner als das rechte; es inseriert an der in ihrem oberen Ende leicht nach auswärts rotierten Tibia. Nimmt man diese Momente zusammen, so versteht man, daß der bei der Luxation der Patella — bei Beugung — noch mehr abnorm gelagerte Quadrizeps durch seine Kontraktion instande sein konnte, den jugendlichen, weichen Knochen zu krümmen und so die jetzige abnorme Biegung des Oberschenkels und Vagusstellung hervorzubringen.

Beugt man das Knie, so gleitet bei einem Winkel von ca. 90—120° die Patella mit sichtbarem Ruck über den flachen Condylus externus nach außen; versucht man sie bei Beugung an normaler Stelle festzuhalten, so gelingt die Flexion nicht weiter als bis zu dem angegebenen Winkel, weil sich jetzt eine Kontraktur des Quadrizeps bemerklich macht. Ist die Luxation eingetreten, so sieht man die starke Abflachung der Vorderfläche des Knies; man kann vorn tief in die Gelenkhöhle eindringen und fühlt das fast vollständige Fehlen der Fossa patellaris. Die Luxation kann man bei nicht angespanntem Muskel auch sehr leicht in Extensionsstellung erzeugen. Eine aktive Streckung kann das Kind im Liegen zwar ausführen, aber so, daß der Oberschenkel erst nach außen rotiert, dann bei nach außen rotiertem, also fast wagerechtem Bein die Streckung mühsam vollzogen wird; stehend vermag das Kind das gehobene Bein nicht zu extendieren. Die Patella ist bei dieser mühsam errungenen Streckstellung des Beines noch nicht an ihrem normalen Orte, sondern noch vor dem abgeflachten Condylus externus, in Halbluxation; hebt jetzt das Kind den Unterschenkel noch ein wenig mit der Hand, so schnellt die Kniescheibe in die eben angedeutete Fossa patellaris. Beim Gehen in der Ebene zieht das Kind das linke Bein manchmal etwas nach, ohne aber weitere Beschwerden zu haben. Steigt das Kind die Treppe hinauf oder hinab, so gelingt ihm das ohne Unterstützung nur, wenn stets das rechte Bein vorgesetzt wird; wird erst das linke vorgesetzt, so bedarf es fremder Unterstützung oder eines Haltes am Treppengeländer.

Anamnestisch ist noch nachzutragen, daß hereditär ein solches Leiden in der Familie nicht besteht. Die Luxation fiel in frühester Kindheit der Mutter nicht auf, erst als das Kind immer noch nicht laufen lernte, und später, als es endlich mit 2 Jahren gehen konnte, immer noch häufig hinfiel, wurden die Eltern auf das Knie aufmerksam und bemerkten die Verrenkung. Therapeutisch ist bis jetzt nichts geschehen."

Grätzer.

O. Kalb, Ein Beitrag zum sogenannten Handgang infolge spinaler Kinderlähmung. (Aus der chirurg. Klinik zu Erlangen.) (Münch. med. Wochenschrift. 1907. Nr. 23.) Der Handgang infolger spinaler Kinderlähmung, d. h. der Gang auf allen Vieren mit annähernd horizontal gestelltem Rumpf, ist bedingt durch den beiderseitigen Verlust der Hüft- und Kniestrecker (Glutäalmuskulatur und Quadrizeps). Die Art der Fortbewegung stellt einen Galopptypus dar, der infolge des Verlustes jener Muskelgruppen und der starken Inanspruchnahme der Wadenmuskulatur eine gewisse Ähnlichkeit mit dem Hüpfen eines Frosches gewinnt.

Autoreferat.

A. F. Hecht, Zur Erklärung des Auftretens grüner Stühle beim Säugling. (Aus der k. k. Universitätskinderklinik in Wien.) (Münch. med. Wochenschrift. 1907. Nr. 24.) H. kommt zu folgenden Ergebnissen:

1. Von der Oxydase allein kann die Oxydationsstufe des Gallenfarbstoffs in den Säuglingsstühlen nicht abhängen;

2. dem sehr schwankenden, aber meist bedeutenden Reduktionsvermögen der Bakterien im Stuhl kommt ein wesentlicher Einfluß auf die Färbung desselben zu;

3. die Oxydase kann gewiß nur dann ihre Wirkung entfalten, wenn die Reduktionsprozesse so geringfügig sind, daß keinerlei Reduktionsprodukte des Gallenfarbstoffs auftreten. Nimmt das Reduktionsvermögen an Intensität zu, dann enthält der Stuhl bereits etwas reduzierten Gallenfarbstoff, daneben aber vorwiegend Bilirubin. Die Darmbakterien behindern dann den Gallenfarbstoff an der Oxydation, so daß solche Stühle trotz ihres Gehaltes an Oxydase Bilirubin enthalten.

4. Wodurch die Interferenzwirkung zwischen Oxydation einerseits und Reduktion andererseits bedingt ist, darüber lassen sich gegenwärtig höchstens Vermutungen aufstellen.

Die Oxydation ist wohl an die Schleimkörperchen und die Reduktion an die Bakterienmassen gebunden. Es lassen sich aber weder quantitative noch qualitative durchgreifende Unterschiede in der Bakterienflora und im Schleimgehalt angeben, die im einzelnen Falle für die Farbe des Stuhles ausschlaggebend wären, wenn mir auch manchmal grüngefärbter Schleim im Ausstrichpräparat auffallend bakterienarm erschien.

Es wäre vielleicht auch denkbar, daß in den oberen Darmabschnitten des Vorhandensein geringer Sauerstoffmengen das Gleichgewicht zwischen Oxydations- und Reduktionswirkung zugunsten der ersteren entschied, wie man auch in vitro stets im Luftzutritt oder Luftabschluß den dafür ausschlaggebenden Faktor zu sehen gewohnt ist. So wirkt eine Zellaufschwemmung, die reich an Oxydase ist, z. B. Leberzelle, bei Luftabschluß energisch reduzierend. Auch die Bakterien reduzieren bei streng anaërobem Wachstum intensiver.

Grätzer.

E. Abderhalden (Berlin), Die Einschränkung der Zahl der Kinder in ihrer Bedeutung für die Rassenhygiene. (Medizin. Klink. 1906. Nr. 42.) A. hatte wiederholt Gelegenheit, Familien zu beobachten, in denen zwei bis drei Kinder vorhanden waren, die in der ersten Zeit der Ehe gezeugt worden waren; dazu kam dann nach einem mehr oder weniger ausgedehnten Intervall ein weiterer Nachkomme. Offenbar war bis zu diesem eine weitere Nachkommenschaft künstlich verhütet worden. Die Eltern nun waren gesund, die ersten Kinder ebenfalls, die Nachkömmlinge schwach, zum Teil nicht lebensfähig. A. glaubt, letzere Tatsache ist so zu erklären, daß die Eltern ihrem Prinzip untreu geworden waren in Momenten, wo sie die Herrschaft über ihre Sinne verloren hatten, also in anormalem Zustande (alkoholische Exzesse!).

Dieser Umstand, daß rassentüchtige Elemente eine weitere Fortpflanzung in normalem Zustand von sich aus ablehnen, um gegen ihren Willen in patholgischen Zuständen eine Zeugung herbeiführen, ist vom rassenbiologischen Standpunkte aus sicher beachtenswert; es wird hier ein neues Moment in die Verschlechterung unserer Rasse hineingetragen.

A. will nach dieser Richtung hin weiter forschen und bittet die Kollegen, ihm doch nähere Angaben über solche Fälle zu machen. Er stellt dazu folgendes Schema auf:

Alter der Eltern:
Datum der Heirat:

Geburt des 1. Kindes „ „ 2. „ usw.	Bemerkungen über das Befinden dieser Kinder
Geburt des Spätlings	Sein Gesundheitszustand?

Allgemeine Bemerkungen:

Grätzer.

M. Wunsch, Über einen angeborenen Bildungsfehler der Speiseröhre (wahrscheinlich angeborener Verschluß derselben). (Medizin. Klinik. 1907. Nr. 14.) Es handelt sich um ein Kind, das am 5. Lebenstage an Entkräftung zugrunde ging. Es hatte dicht über der Kardia ein Hindernis in der Speiseröhre bestanden, derart, daß es nicht möglich war, einen dünnen Magenschlauch vollkommen einzuführen und Wasser durch den Schlauch hindurchlaufen zu lassen. Im Einklange damit stand die Tatsache, daß das Kind gleich von Geburt an nach der geringsten Nahrungsaufnahme und unmittelbar nach dem Schluckakte die Milch jedesmal wieder ausbrach.

Für die Differentialdiagnose ist von Wichtigkeit, daß das Erbrechen nicht geraume Zeit nach dem Schluckakte oder in unregelmäßigen Abständen einsetzte. Gegen Ösophagusdivertikel, sowie gegen Pylorus- oder Darmstenose sprach somit der Umstand, daß das Kind unmittelbar nach jedem Schluck Milch dieselbe gleich wieder ausbrach. Gegen die Annahme einer Pylorus- oder Darmstenose läßt sich außerdem noch der Einwand erheben, daß es nicht gelang, den Magenschlauch durch die Speiseröhre vollkommen hindurchzuführen. Gegen angeborene Ösophagusverengerung sprach der Umstand, daß es nicht allein unmöglich war, mit dem 5 mm dicken Magenschlauch die Speiseröhre vollkommen zu passieren, sondern daß auch das Wasser, das in den mit dem eingeführten Magenschlauch verbundenen Trichter hineingegossen wurde, auf demselben Niveau im Trichter stehen blieb. Da sich auch ein Tumor absolut nicht nachweisen ließ, so ist es höchst wahrscheinlich, daß ein angeborener Verschluß der Speiseröhre vorlag.

Grätzer.

Ph. Kuhn, Ernährungsversuche mit holländischer Säuglingsnahrung. (Aus der städt. Säuglingsfürsorge V in Berlin.) (Therapie der Gegenwart. Juni 1907.) Es wurden 30 Fälle behandelt, und zwar mit sehr zufriedenstellendem Erfolg. So bewährte sich die holländische Säuglingsnahrung beim Allaitement mixte, bei der Nachbehandlung der Dyspepsie, bei Enterokatarrh (nach der üblichen Hungerdiät), beim Brechdurchfall (nach der üblichen Vorbehandlung). Die Säuglingsnahrung ist auch für solche Fälle zu empfehlen, die eine Beschränkung der Fettzufuhr erfordern, bei Fettdiarrhöe, Ikterus und dem Kuhmilchnährschaden (Czerny-Keller), der ja auf Störung der Fettausnutzung zurückzuführen ist.

In Betracht kämen für diese Ernährung ferner die Hauterkrankungen, die wir mit zu fettreicher Kost in Verbindung zu bringen pflegen (Milchschorf, Prurigo, Ekzem der Hautfalten).

Leider ist die Nahrung noch teuer (80 Pf. pro Liter). Grätzer.

G. Sommer (Niedermendig), Über das psychische Weinen der Kinder in den ersten Lebenswochen. (Wochenschrift f. Ther. u. Hyg. des Auges. 30. August 1906.) S. hat die Beobachtung gemacht, daß bei kräftigen Neugeborenen das psychische Weinen wesentlich später auftritt (7—10—12 Tage) als bei heruntergekommenen, schlecht genährten Flaschenkindern. Eine Erklärung ist vielleicht damit gegeben, daß bei pädatrophischen Neugeborenen — zumeist ist

Gastroenteritis als Ursache vorhanden — die Schmerzen und das ständige Unbehagen einen vorzeitigen, abnorm starken psychischen Reiz abgeben. Grätzer.

Koellreutter, Zur Behandlung der Kehlkopfpapillome. (Monatsschrift f. Ohrenheilkunde. 1907. Heft 2.) Mitteilung von 4 Fällen von Kehlkopfpapillomen, bei welchen die Arsenikmedikation allein zwar die operativen Methoden nicht ersetzen konnte, aber im Verein mit den operativen Methoden imstande war, das Rezidivieren der Tumoren von vornherein zu unterdrücken. Das Arsen wurde in allen 4 Fällen (alles Erwachsene) in Form von Solutio Fowleri täglich in der Dosis von 9 mg verabreicht. A. Sonntag.

Henkes, Zur Blutstillung nach Tonsillotomie. (Monatsschrift f. Ohrenheilkunde. 1907. Heft 2.) H. hat die bekannten Michelschen Klammern etwas größer herstellen lassen (Abstand der Spitzen ca 2 cm) und legt zwei dieser Klammern bei starken Blutungen nach Tonsillotomie mittels eines besonders konstruierten Instrumentes so an, daß vorderer und hinterer Gaumenbogen über der blutenden Fläche zusammengepreßt werden. Das Aspirieren etwa nicht festsitzender Klammern verhindert ein an der Klammer festgebundener Faden, der an der Wange des Patienten mit Heftpflasterstreifen befestigt wird. Bisher wurde zur Blutstillung nach Tonsillotomie Kompression oder Umstechung angewandt. Während das letztere Verfahren eine große technische Fertigkeit erfordert, ist das erstere unsicher und ermüdend, auch die Kompression durch Instrumente wirkt bei den oft schon recht nervösen Patienten psychisch ungünstig ein. Demgegenüber scheint das neue Verfahren einen wirklichen Fortschritt zu bedeuten. Die Instrumente sind zu haben bei Schmeink in Amsterdam. A. Sonntag.

Seebohm, Über Hb-Bestimmungen beim Gebrauch von Eisen- und natürlichen CO_2-haltigen Stahlbädern (Zeitschr. f. diätet. u. physikal. Therapie. 10. Bd. 6. Heft.) Die Behandlung, die Verf. bei seinen an Chlorose erkrankten Patienten durchführte, erstreckte sich auf Verabfolgung von anorganischem Eisen und CO_2-haltigen Stahlbädern, neben möglichst ausgedehntem Genuß frischer Luft, zweckdienlicher Verpflegung und ruhigem Verhalten in körperlicher Beziehung. Die Zahl der Bäder betrug im Durchschnitt 18 und 20. Der Erfolg war ein sehr günstiger, da der Hb-Gehalt des Blutes sich regelmäßig besserte und nach 3—4 Wochen annähernd normal wurde. Bäder allein waren von weit weniger gutem Effekt. Freyhan (Berlin).

D. Mann, Beitrag zur Kasuistik der Lungenschwimmprobe. Partiell lufthaltige Lunge bei einem spontan totgeborenen Kinde. (Zeitschr. f. Medizinalbeamte. 1906. Nr. 2.) Der im Titel bereits gekennzeichnete Fall lag folgendermaßen: Unter Assistenz einer vertrauenswürdigen Hebamme wird in einer Gebäranstalt ein reiches, lebensfähiges wohlgebildetes Kind tot geboren. Bei der Geburt bestand bereits Totenstarre, Fäulnis fehlte vollständig, intrauterine Luftatmung ist auszuschließen, da die Blase bis zur Geburt des Kindes erhalten war. Trotzdem gab die Sektion un-

bestreitbar beim Mittellappen der rechten Lunge Telektase und positive Schwimmprobe. Verf. erklärt diesen auffallenden Befund durch unkontrollierbare Manipulationen mit dem toten Kinde, wie etwa Knickung des kindlichen Leibes beim Umtransport in die Badewanne oder abschüssige Haltung des Oberkörpers beim Übertragen u. dergl. Es leuchtet ein, daß der Fall forensisch bedeutungsvoll ist.

H. Netter (Pforzheim).

A. Doebert, Die pathologische Anatomie des Abdominaltyphus bei Erwachsenen und Kindern vom Standpunkt der gerichtlichen Medizin. (Friedreichs Bl. f. gerichtl. Medizin. 1906. Jahrg. 57. Heft V/I.) Ausgehend von der Erwägung, daß es mancherlei Möglichkeiten geben kann, in denen der anatomische Befund eines Typhus abdominalis das gerichtsärztliche Urteil nach dieser oder jener Seite beeinflussen kann, hat Verf. es unternommen, diese Fälle zusammenzustellen und in gedachtem Sinne zu erörtern. Es wird demgemäß die forensische Wichtigkeit typhöser Veränderungen der Reihe nach besprochen: a) bei der Aufklärung plötzlicher Todesfälle, b) bei der Entscheidung, ob der Tod eines Menschen an einer typhusähnlichen Erkrankung (Blutvergiftung eines Verletzten, einer Wöchnerin, Fleischvergiftung) oder an Typhus selbst bzw. an beiden erfolgt ist, c) bei der Rechtsprechung in der Unfallversicherungspraxis. Die hauptsächlich in Betracht kommenden Veränderungen sind: die Schwellung der Darmfollikel mit eventuell folgender Geschwürsbildung und Darmperforation; die Entzündung des Herzmuskels; die Schwellung und unter Umständen mögliche Zerreißung der Milz; die Veränderungen des Kehlkopfes; die Schwellung und Erweichung der Mesenterialdrüsen; die parenchymatöse Entzündung der Leber und Nieren. Von den klinischen Verlaufsweisen kommen vorzugsweise der Typhus ambulatorius und levis einerseits und der foudroyante, stürmisch verlaufende Typhus, andererseits in Betracht. Der plötzliche Tod beim Typhus kann aus verschiedenen Ursachen erfolgen: 1. vom Herzen aus (meist im Beginn der Genesung, seltener auf der Höhe der Erkrankung, bei jugendlich-kräftigen Menschen nach mittelschwerem oder gar leichtem Typhus, mitten in der vollsten Genesung, in jähester Weise, 2. vom Darm aus, 3. eventuell von der Milz aus, 4. vom Kehlkopf aus. All diese besonderen Umstände werden der Reihe nach besprochen und erfahren eine Beleuchtung durch eindrucksvolle kasuistische Mitteilungen. Hingewiesen wird namentlich auch auf die forensische Bedeutung einer eingehenden mikroskopischen Prüfung des Herzens bei einem plötzlichen Typhustod, wo die Darm- oder sonstigen Erscheinungen keine genügende Todesursache abgeben, um beim Verdacht einer Straftat alle für eine natürliche Todesart sprechenden Momente ausreichend zu würdigen. Immerhin, so viel ergibt sich aus den Darlegungen des Verf.s, daß die pathologische Anatomie des Typhus des Erwachsenen den Gerichtsarzt nicht allzuhäufig beschäftigt, noch seltener diejenige des Kindertyphus, die in gesonderter Darstellung den Schluß der Arbeit bildet, wobei noch einige Bemerkungen über den Typhus beim Fötus gemacht werden. Der bekanntermaßen gutartige Verlauf des Kindertyphus und die Häufigkeit der leichten und abortiven Formen erklärt sich daraus,

daß die markige Schwellung der Follikel und Drüsenhaufen häufiger durch Resorption als durch geschwürigen Zerfall zurückgeht. Die Geschwüre sind weniger zahlreich und von geringerer Tiefe. Je näher die Kinder der Pubertät sind, desto mehr ähnelt der klinische und anatomische Befund dem bei Erwachsenen und die oben erörterten Beziehungen zur gerichtlichen Medizin gelten daher für den Typhus älterer Kinder ebensogut, nur mit der Beschränkung, daß sie seltener vorkommen werden. Je niedriger das Alter der Kinder, desto verschwommener und vieldeutiger wird der klinische und der anatomische Befund. In diesem Zusammenhang darf an die Schwellung der Darmfollikel und mesenterialen Lymphknoten bei Magendarmerkrankungen kleiner Kinder erinnert werden, die nach Henoch für den Typhus kleiner Kinder einen großen Teil ihres Wertes als Charakteristikum darum verlieren, an die Befunde von Lesser — Schwellung der sehr zahlreichen Darmfollikel, der mesenterialen Lymphdrüsen und der Milz, bei kleineren Kindern der ärmeren Bevölkerungsklassen, an den sogen. Status lymphaticus —. Man wird daher bei gerichtlichen Sektionen mit einem solchen Befund (Verdacht auf absichtliche Unterernährung oder Vergiftung) außer diesen Zuständen auch die Möglichkeit eines Typhus in Betracht ziehen, und umgekehrt auch bei anscheinend wirklichen typhösen Veränderungen der Unterleibsorgane einer kindlichen Leiche noch an andere Möglichkeiten denken. Eine bakteriologische Untersuchung wird hier den bestimmten Ausspruch, daß der Tod durch Typhus erfolgt ist, ermöglichen. Mit all dem will Verf. nicht die Möglichkeit in Abrede stellen, bei Kindern allein aus dem anatomischen Befund die Diagnose Typhus zu stellen, nur ist dazu ein Komplex unzweifelhafter Symptome nötig. Daß auch bei kleinen Kindern der Typhus bei anscheinend bester Gesundheit den plötzlichen Tod herbeiführen kann, beweisen einige Beobachtungen von Vibert, die Verf. zitiert, alle drei gaben zu gerichtlichen Sektionen Anlaß: 5 Monate altes Kind — Verdacht auf CO-Vergiftung — 9 Tage altes Kind — 6 Monate altes Kind — Verdacht auf absichtliche Erstickung. Das Ergebnis der Sektionen lehrt, daß man bei anscheinend mit dem Darmbefund nicht genügend aufgeklärten plötzlichen Typhustodesfällen, wie beim Erwachsenen dem Herzen, bei Kindern der Untersuchung der Lunge besondere Aufmerksamkeit schenken soll. In allen 3 Fällen fanden sich neben deutlichen typhösen Veränderungen starke Hyperämie und Bronchialkatarrh. In dieser Affektion erblickt Verf. die letzte Todesursache. Zusammenfassend kann man mit demselben sagen: „Bei Kindern sind die anatomischen Veränderungen des Typhus oft so wenig charakteristisch, daß durch sie der Verdacht auf eine strafbare Veranlassung des Todes nicht ohne weiteres auszuschließen ist. Besonders bei kleinen Kindern — und noch mehr beim Fötus — muß daher die Diagnose auf bakteriologischem Wege sichergestellt werden. Bei plötzlichen Todesfällen ist auf die Untersuchung der Lungen besonderes Gewicht zu legen. — Der lesenswerten Arbeit ist ein Literaturverzeichnis von 58 Nummern beigegeben.

H. Netter (Pforzheim).

Hermann Schaum, Über einen Fall von Melaena, bedingt durch syphilitische Leberzirrhose. (Dissertation. München 1906.)

Der schon umfangreichen Ätiologie der Melaena fügt Verf. mit seiner Mitteilung ein neues Moment hinzu. Die Krankengeschichte zeigt das typische Bild der Melaena neonatorum: Am zweiten Tag profuse Blutung aus dem Darm, die sich gegen Abend wiederholte. Trotz Gelatineinjektion und anderer Maßnahmen wiederholte sich die Blutung in der Nacht und am folgenden Morgen. Dazu hochgradige Anämie, die sich am folgenden Tage bei Andauer der Blutstühle steigerte, so daß nach 2 Tagen unter hochgradigster Anämie der Exitus letalis eintrat. Vom Sektionsbericht sei nur das Wesentlichste hervorgehoben: Magen stark gebläht, in der Gegend des Pylorus ist die Schleimhaut blutig tingiert. Nach Abtragung des Magens entleert sich beim Herausnehmen der Därme ziemlich viel flüssiges helles Blut. Schleimhaut des Rektum und Kolon von graurötlicher Farbe. Gegen das Coecum wird der Inhalt plötzlich blutig. Der blutige Inhalt findet sich im ganzen unteren Teil des Dünndarms. Im oberen Teil hört der blutige Inhalt plötzlich auf, um dann noch zweimal auf eine 4 cm lange Strecke zu verschwinden und zu erscheinen. An den entsprechenden Stellen des blutigen Inhalts ist die Schleimhaut blutig imbibiert. Eine die Blutung hervorrufende Stelle konnte beim Absuchen des Darms nicht gefunden werden. Die Leber wiegt 80 g und schneidet sich derb, azinöse Zeichnung undeutlich, das ganze Organ blutarm und von blaßgelber Feuersteinfarbe. Die genauere mikroskopische Untersuchung der Leber ergab, daß es sich um die diffuse interstitielle Form der syphilitischen Hepatitis handelte, wobei vor allem das Gewebe der Glissonschen Kapsel betroffen war. Besonders stark und vermehrt war das Bindegewebe um die Pfortaderäste und um die Gallengänge. Auffallend ist bei dem Befund einer typischen kongenitalen Syphilitischen Leberzirrhose. Die beträchtlichen Veränderungen des interstitiellen Gewebes lassen auf einen ziemlich frühen Beginn des Prozesses in der fötaler Periode schließen — das Gewicht der Leber: statt vermehrt zu sein, bleibt es mit 80 g hinter dem Durchschnitt des normalen Gewichts der Neugeborenen zurück, nach Birch-Hirschfeld 6 % des Körpergewichts, bei Syphilis gegen 4,6 % in der Norm. Die zirrhotischen Veränderungen und der Verblutungstod dürften einen hervorragenden Anteil an der Gewichtsabnahme der Leber haben. Infolge der hochgradigen zirrhotischen Veränderungen der Leber in dem beschriebenen Fall läßt sich wohl verstehen, daß die Stauung im Wurzelgebiet der Pfortader eine so hochgradige wurde, daß sie einen reichlichen Blutaustritt in den Magendarmkanal und damit eine Melaena bewirken konnte. Man kann demnach die tödliche Blutung in dem beschriebenen Fall in Analogie zu den allerdings nicht immer zum letalen Ausgang führenden Blutungen bei der Zirrhose des späteren Alters setzen.

H. Netter (Pforzheim).



B) Aus ausländischen Zeitschriften.

M. Turnowski, Eigentümliche Kontraktionen nach Ablaktation. (Wiener medizin. Presse. 1907. Nr. 16.) T. ist der Ansicht, daß sehr viele Krankheitserscheinungen der Ablaktationsperiode auf Autointoxikation zurückzuführen sind, indem die neuen Nahrungsmittel ganz gewiß andere, und zwar solche giftige Stoffwechselprodukte erzeugen müssen, die sowohl qualitativ als auch quantitativ von den der ausschließlichen Muttermilchernährung entstammenden grundverschieden sind.

Dies ist wichtig zu wissen, weil Autointoxikationen manchmal schwere zerebrale und spinale Läsionen vertäuschen können, wo es sich lediglich um vorübergehende Störungen handelt, die natürlich prognostisch viel günstiger zu beurteilen sind.

T. beschreibt einen solchen Krankheitsfall.

11 Monate altes Kind, sonst gesund, ganz munter ausschauend. Aber Hände und Füße in maximaler Palmar- bzw. Plantarflexion; Hand- und Fußrücken stark ödematös. Bei Versuchen, die Hände bzw. Füße in normale Stellung zu bringen, heftiger Widerstand von seiten der Beuger, exzessive Schmerzensäußerung des Kindes. Sensibilität, Reflexe vorhanden, Temperatur normal. Weder im Sensorium, noch in der Bewegungssphäre etwas Abnormes. Guter Appetit, normale Stuhl- und Harnentleerung.

Keine hereditäre Belastung, Kind selbst nie krank gewesen. Vor 2 Tagen plötzliche Entwöhnung; Ernährung mit Milch, Suppen. 24 Stunden vor der Entwöhnung obiges Krankheitsbild.

Therapie: Rizinus, als Nahrung bloß Haferabkochung. Nach 3 Tagen Besserung, am sechsten Tage Zustand völlig normal.

Es kann sich hier nur um eine Autointoxikation durch die nicht ausgeschiedenen giftigen Stoffwechselprodukte der veränderten Nahrung gehandelt haben. Grätzer.

Fr. Kraft, Beitrag zur Operabilität des Lymphosarkoms. (Aus der I. Chirurg. Klinik in Wien.) (Wiener klin. Wochenschr. 1906. Nr. 18.) Lymphosarkome des Retroperitoneal- und Peritonealraumes sind recht selten. K. beschreibt zwei derartige Fälle, welche auch wegen des ausgezeichneten operativen Erfolges und des Dauerresultates bemerkenswert sind.

11 jähriges Kind wurde am 10. Juni 1904 operiert. Es fand sich ein großer Tumor, welcher im Mesenterium des Dünndarms saß, ca. zweimannsfaustgroß und von grobhöckriger Oberfläche war. Die Radikaloperation erwies sich als ausführbar, da das Duodenum vom Tumor leicht abpräpariert werden konnte. Es mußte der Dünndarm in Länge von 180 cm reseziert werden, da der Darm durch die Tumormassen von seiner Konkavität her schon etwas angegangen war und Andeutung von Zirkulationsstörungen in der Wandung zeigte. Jetzt nach $1\frac{1}{2}$ Jahren, ist Patient noch rezidiv- und beschwerdefrei.

Im zweiten Falle war der Dünndarm der primär ergriffene Teil, das zugehörige Mesenterium mit seinen Drüsen sekundär beteiligt. Operation des 16 jährigen Mädchens am 6. Juni 1905. Im Ileum ca. 20 cm proximalwärts vom Coecum etwa kindsfaustgroßer, derber, höckriger Tumor, der das Darmlumen fast vollständig stenosiert; zu-

führender Darmteil stark erweitert, abführender kollabiert; im zugehörigen Mesenterialabschnitt mehrere harte, erbsen- bis haselnußgroße Drüsen. Resektion des erkrankten Darmabschnittes mit Keilresektion des sekundär affizierten Mesenteriums. Patient stellte sich am 15. Januar 1906 vor, vollkommen rezidiv- und beschwerdefrei.

Die Operationen hatten also beide Male ein glänzendes Ergebnis. Wären die Patienten früher erschienen, so wären sie natürlich noch weit einfacher gewesen. Im ersten Falle hätte wahrscheinlich die Exzision der Tumoren aus dem Mesenterium genügt, im zweiten wäre die Resektion in viel geringerem Umfange erfolgt. Grätzer.

Th. Żeleński, Über das Verhalten des „neutrophilen Blutbildes" bei gesunden und kranken Säuglingen. (Aus der k. k. pädiatr. Klinik in Krakau.) (Wiener klin. Wochenschrift. 1906. Nr. 40.) Z. fand bei seinen Untersuchungen des Blutes gesunder und kranker Säuglinge als hervorstechendstes Symptom eine große Labilität des Leukozytengleichgewichts und auffallend intensive Reaktion gegenüber den geringsten Krankheitserscheinungen. Nach seinen Erfahrungen bilden auch die Größe der Zellen und die Färbbarkeit der Granulationen wichtige diagnostische Zeichen für das jeweilige Entwicklungsstadium der neutrophilen Leukozyten. Grätzer.

Wanowsky, Über seitliche Skoliosen bei Kindern im schulpflichtigen Alter. (Russ. med. Rundschau. 1907. Nr. 1.) Als Material für vorstehende Arbeit dienten dem Autor 2084 Kinder in 14 Unterrichtsanstalten St. Petersburgs, und konnte Autor folgende Schlüsse ziehen:

1. Seitliche Skoliosen bei lernenden Kindern werden 5 % beobachtet, ebenso häufig bei Knaben wie bei Mädchen.

2. Ein bedeutender Teil der Kinder tritt schon teils im Anfangsstadium der Skoliose, teils mit deutlichen Zeichen von Veranlagung dazu in die Schule ein.

3. Die größte Zahl der Skoliosen fällt aufs 12.—15. Jahr, d. h. in die Periode des stärksten Wachstums.

4. Einfache linksseitige Skoliosen, sowohl totale als dorsolumbale und lumbale, sind bedeutend zahlreicher, als rechtsseitige desselben Typs. Zerviko-dorsale Skoliosen sind häufiger rechtsseitig.

5. Als Grund- und Anfangsform muß die linksseitige Skoliose angenommen werden.

6. Der Prozentsatz der kombinierten Skoliosen steigt mit dem Alter oder mit dem Übergang aus den niederen Klassen in die höheren.

7. Rechtsseitige und kombinierte Skoliosen kommen häufiger bei Mädchen als bei Knaben vor.

8. Die Mehrzahl der Schulskoliosen steht im Anfangsstadium und können sie oft von den Kindern selbst wieder zurechtgerichtet werden.

9. Die seitlichen Skoliosen bei Mädchen verschlimmern sich schneller als bei Knaben; deshalb beobachtet man bei ihnen viel häufiger mittlere und schwere Grade von Rückgratverkrümmungen.

10. In vielen Fällen entwickeln sich die Skoliosen auf rachitischem Boden, wobei eine strenge Trennung der gewöhnlichen von rachitischen nicht immer möglich ist.

Grätzer.

S. Biegel, Ein Fall von Myositis ossificans progressiva multiplex. (Ned. Tydsch. v. Geneesk. 1906. Bd. II. S. 1622.) Zu den Fällen der seltenen Erkrankung, zuerst beschrieben durch Munchmeiyer, kann B. einen neuen hinzufügen, welcher sich in verschiedener Hinsicht von den bis jetzt beschriebenen unterscheidet, auch durch den Verlauf manches Interessante darbietet. Das Kind wurde schon seit der Geburt durch B. observiert. Schon im Alter von 3 Monaten zeigten sich harte Höcker am Scheitel von der Größe einer Erbse, welche aber nach einem Bestande von einigen Wochen wieder verschwanden. Diese Eruptionen wiederholten sich mehrere Male und gingen Anfälle von Cyanose und steife Haltung vorher. Die Cyanose verschwand, sobald die Höcker am Scheitel zur Entwicklung kamen. Nach dem Verschwinden der Höcker wurde am Säuglinge nichts Abnormes mehr wahrgenommen. Diese anfallsweisen Eruptionen zeigten sich bis zum dritten Lebensjahre, bei einer völlig ungestörten weiteren Entwicklung des Kindes. Vom dritten bis sechsten Lebensjahre nichts Abnormes, nur war es aufgefallen, daß nach einem Fall oder sonstigen Trauma die Kontusion viel fester war als sonst, doch sie verschwand, ohne Spuren zu hinterlassen. Seit dem sechsten Lebensjahre entwickelt sich allmählich, infolge eines Traumas, das komplette Bild der Myositis. Eigentümlich war dabei, daß die Versteifung der Kaumuskeln so stark ausgesprochen war, daß die Mundöffnung nur einen platten Spatel durchließ. Nach ein paar Monaten ließ aber diese Pseudoankylose ganz nach, so daß der Mund sich wieder ganz normal weit öffnen ließ. Im übrigen war in jeder Hinsicht das Krankheitsbild typisch bei dem jetzt 7 Jahre alten Kinde.

Graanboom.

A. Kramer (Dorpat), Zur Therapie des Scharlach spez. der septischen Formen. (St. Petersburger med. Wochenschrift. 1907. Nr. 6.) Aus der Arbeit K.s sei folgende Stelle wiedergegeben:

„Aus diesen Puklikationen scheint hervorzugehen, daß das Formamint ein wirklich brauchbares Mittel bei Erkrankungen der Mundhöhle und der oberen Luftwege ist — und kann ich das aus meinen eignen Versuchen und Erfahrungen nur vollauf bestätigen. Ich habe Formamint bei Scharlach in 20 Fällen, bei Diphtherie in 7, bei andern Anginaformen in 18 — im ganzen also in 45 Fällen mit ganz ausgezeichnetem Erfolg benutzt. Binnen wenigen Tagen trat eine Abschwellung der Tonsillen ein, die Membranen stießen sich ab, die Temperatur sank — und vor allem — ich habe unter diesen 45 zum Teil recht schweren Fällen nicht einen einzigen Todesfall erlebt! Wenn ich nun alles zusammenfasse, so besteht meine Behandlung spez. des Scharlach kurz in folgendem: Neben den allgemeinen Vorschriften über Luft, Licht usw. lasse ich vom ersten Tag an stündlich eine Formaminttablette geben — die der Patient langsam im Munde zergehen lassen muß. Vom 3.—4. Tage an 2—3 stündlich — solange bis die Temperatur normal geworden ist, bzw.

die Tonsillen keinerlei pathologische Befunde aufweisen. Ferner lasse ich per Pulverisator dreistündlich Jodol-Zucker-Einblasungen[1]) machen, lege von vornherein warme Kompressen um den Hals — und lasse, sobald ich den Eindruck einer septischen Mischinfektion habe — Dauerklystiere einer Kochsalzlösung mit Formalin Schering (1—3 Tropfen je nach dem Alter der Kinder) applizieren. Außerdem verordne ich recht strenge Diät — bestehend aus Milch und Reisschleim.

Grätzer.

R. Nitsch, Bemerkungen über die Pasteursche Schutzimpfung. (Przeglad legarski. ex 1906. Nr. 27 u. 28.) Verf. untersucht die Frage, wie so es kommt, daß von den Behandelten ein bedeutend größerer Prozentsatz in der ersten Zeit nach stattgefundener Verletzung stirbt, als von den Nichtbehandelten. Nach oberflächlichem Urteil könnte man annehmen, daß die Schutzimpfung in den Fällen, wo sie wirkungslos ist, das letale Ende beschleunigt. Eine diesbezüglich, von den Resultaten der Impfanstalten in Paris, Warschau und Krakau zusammengestellte Tabelle ergibt folgendes Mortalitätsverhältnis:

Es sind gestorben bis zum 25. Tage nach dem Biß von den Behandelten 10 %, von den Nichtgeimpften 6 %, bis zum 30. Tage 20 % bzw. 4 %, bis zum 35. Tage 11,43 % bzw. 7 %, bis zum 40. Tage 7,14 % bzw. 5 %, bis zum 50. Tage 15 % bzw. 21 %, bis zum 60. Tage 8,57 % bzw. 8 %, über 60 Tage 27,80 % bzw. 49 %.

Der Umschlag ist erst bei Geimpften über 40 Tage nach dem Biß zu konstatieren, um bei den den 60. Tag überlebenden stark zugunsten der Behandelten in die Höhe zu schnellen. Die Schlüsse, die Verf. aus seinen Untersuchungen zieht, lassen sich folgendermaßen zusammenfassen:

1. Wie schon öfters bewiesen wurde, vermindert die Pasteursche Schutzimpfung bedeutend die Mortalitätsziffer der Gebissenen. Während von den Nichtbehandelten 10 % an Lyssa sterben, stellt sich das Verhältnis der Behandelten auf bloß 1 %. Der Entwicklung der Methode nachgehend, sehen wir, daß die Ergebnisse desto günstiger werden, je stärkere Impfungen angewandt werden.

2. Es unterliegt keinem Zweifel, daß bei den Geimpften der letale Ausgang kurz nach der Verletzung bedeutend häufiger auftritt als bei den Nichtgeimpften. Umgekehrt ist das Verhältnis, wenn eine längere Zeit nach dem Biß verstrichen ist. Diese beiden Erscheinungen lassen sich durch das späte Auftreten der Giftfestigkeit erklären. (Pasteur fand, daß die beendete Impfung etwa 14 Tage bis zur Entfaltung ihrer schützenden Wirkung bedarf. Babes schreibt: ... daß die Rettungsimpfung nur jene Personen nicht zu retten vermochte, welche in einer Weise gebissen wurden, daß die Wut vor dem 35. Tage nach dem Bisse zum Ausdruck kam. Ref.)

3. Einen Einfluß der Pasteurschen Impfmethode auf die Verlängerung des Inkubationsstadiums bei manchen letal endigenden Fällen kann man nicht konstatieren. Wenn so eine Einwirkung überhaupt im Bereiche der Möglichkeit liegt, so kommt sie nur höchst selten vor.

---

[1]) Jodol. 9,0, Sacch. 1,0.



4. Das Inkubationsstadium dauert bei Männern, ohne Rücksicht ob die Behandlung stattgefunden hat oder nicht, im Durchschnitt um paar zehn Tage länger als bei Weibern. Es werden gebissen und sterben daran etwa doppelt soviel Männer als Weiber.

Gabel (Lemberg).

A. Dutoit, 42 Fälle von Augendiphtherie. (Aus der Univers.-Augenklinik in Zürich.) (Korrespond.-Blatt f. Schweizer Ärzte. 1906. Nr. 19 u. 20.) Die Arbeit gibt einen Überblick über sämtliche Fälle von Augendiphtherie, welche in den Jahren 1897—1905 in der Züricher Klinik zur Behandlung kamen. Die Krankengeschichten dieser 40 (bzw. 42) Fälle werden genau wiedergegeben und epikritische Bemerkungen angeschlossen.

Der Nachweis einer unmittelbaren Infektionsgelegenheit ließ sich nur in 3 Fällen erbringen. Es fanden sich 9 Fälle von gleichzeitiger Diphtherie an anderen Organen (5 Fälle von Nasen- und 4 Fälle von Rachendiphtherie); bei allen diesen war wohl Selbstinfektion im Spiel.

Die Dauer der Erkrankung erstreckte sich in 23 Fällen über 2 Wochen, in 13 Fällen über 4, in 6 Fällen über 6, in einem Falle über 10 Wochen. In 35 Fällen war der bakteriologische Nachweis von Diphtheriebazillen aus den Membranen bzw. aus dem Konjunktivalsekret positiv.

In 25 Fällen Serumtherapie; von diesen verliefen 19 durchaus günstig; bei den andern perforierende Kornealaffektion. 2 Fälle tödlich. Nicht mit Serum behandelt 17 Fälle. Davon 5 tödlich (davon hatten 4 Kornealulzeration). Alle übrigen verliefen günstig. Der Serumtherapie gebührt in der Behandlung ohne Zweifel der erste Platz. Zum Ausspülen und Reinigen wurden gesättigte Lösungen von Kal. permang. und Bor, teils Sublimatlösungen (1:5000) benutzt. Hatten sich die Membranen abgestoßen, so traten an Stelle der Spülungen Pinselungen von Argent. nitr. (1 %). Grätzer.

A. Kalt (Aarau), Alkoholintoxikation bei einem Kinde infolge Inhalation von Alkoholdämpfen. (Korrespondenz-Blatt f. Schweizer Ärzte. 1906. Nr. 22.) 2jähriger Knabe erhielt wegen eines Erysipels am Unterschenkel Alkoholumschläge, welche nach einigen Tagen nur noch am Fuße und unteren Drittel des Unterschenkels gemacht zu werden brauchten. Mitten in der Nacht trat ein eigenartiger Zustand ein: Patient ließ den Kopf hängen, atmete ganz oberflächlich, wurde bewußtlos, hatte Temperatur von nur 35,4° C. Später erwachte das Kind wieder, benahm sich aber wie ein Betrunkener.

Das Kind hatte die Gewohnheit, seinen Kopf unter die Decke zu halten, hatte so trotz Umwickelung des Fußes mit Guttaperchapapier Alkohol eingeatmet und sich so die Vergiftung zugezogen.

Grätzer.

Lauper (Interlaken), Behandlung des Schlüsselbeinbruches. (Korrespondenz-Blatt f. Schweizer Ärzte. 1906. Nr. 24.) Bayer empfahl jüngst eine Methode, bestehend in dorsaler Fixation des Armes. L. hatte Gelegenheit, nach dieser Methode einen Fall zu behandeln bei einem 8jährigen Knaben mit Bruch am innern Ende des äußern

Drittels und war mit dem Resultat sehr zufrieden. Nach Bayer soll nach Koaptierung der Bruchenden der Vorderarm quer über den Rücken fixiert werden. Zudem soll mit drei Heftpflasterstreifen extendierend auf das Akromialende und den Humeruskopf gewirkt werden. Der Arm wird unter Freilassung der Hand mittels Bindetouren nach Desault fixiert. L. konnte nun bei seinem Falle auf diese Weise nicht genau zum Ziele gelangen. Besser gelang es nach Einführen eines kleinen Achselkissens hoch in die Achselhöhle, welches als eine Art von Hypomochlion wirkte. Mittels eines Heftpflasterstreifens über die Clavicula, den Humeruskopf und über diesen zum Rücken ließ sich ein gewisser Grad von Extension und eine gute Koaptation erreichen und beibehalten. Den Arm fixierte L. nicht quer über den Rücken, weil so der Schlaf in der gewohnten Lage oder sogar in Seitenlage wesentlich behindert werden muß, sondern schräg über den Rücken in Mittelstellung zwischen Extension und Flexion des Ellenbogens, so daß die Hand auf die Sakralgegend zu liegen kam. Rücken und Arm müssen gut mit Watte gepolstert werden zur Vermeidung von Ekzem. Fixation des letzteren mittels zwei weiteren Heftpflasterstreifen und einigen gut sitzenden Bindetouren. Auf diese Weise ist der Schlaf in Seitenlage sehr gut möglich und es empfiehlt sich Bettruhe für die ersten Tage. Nach 9 Tagen entfernte L. den Verband. Dabei war die Fraktur, wenn auch noch nicht fest, so doch fixiert, daß bei vorsichtiger Bewegung eine weitere Verschiebung nicht mehr eintrat. Es hätte eventuell genügt, einfach eine Mitella anzulegen. L. fixierte jedoch den Arm in der doch etwas bequemeren Stellung vorne auf der Brust, da ohne Gewaltanwendung eine sekundäre Verschiebung nicht mehr zu befürchten war. Nach weiteren 14 Tagen war Konsolidation eingetreten und es wurde mit Massage begonnen. Das Endresultat war in jeder Beziehung sehr befriedigend.

Grätzer.

Regina Kahane, Beitrag zur Trichozephaliasis. (Korrespondenz-Blatt f. Schweizer Ärzte. 1907. Nr. 8.) Es handelt sich um ein $4^1/_2$ jähriges Mädchen, bei dem Trichocephalus dispar eine schwere, letale Anämie herbeiführte. Im übrigen traten blutige Diarrhöen in den Vordergrund der Erscheinungen. Bei der Sektion fanden sich auch im Wurmfortsatz viele Trichozephalen, teils frei, teils in der Schleimhaut eingegraben; mikroskopisch wurde eine Appendizitis konstatiert.

Therapeutisch waren Kalomel und fast alle bekannten Abtreibungsmittel während 4 Monaten erfolglos verabreicht worden. Erst die kombinierte Anwendung von Thymol per os (3 Tage lang 3 mal täglich 0,1) und per rectum (am 4. Tage 1 Liter $1\,^0/_{00}$ Lösung als Darmspülung) hatte stets den Effekt, daß ein Abgang der Würmer erfolgte. Freilich war der Fall schon so weit vorgeschritten, die Anämie so schwer geworden, die Zahl der Würmer so groß, daß eine Heilung nicht mehr erfolgen konnte. Grätzer.

Seiler (Interlaken), Ein Fall von Othaematom ohne eruierbare Ursache. (Korrespondenz-Blatt f. Schweizer Ärzte. 1907. Nr. 9.) S. beschreibt den Fall wie folgt:

Am 8. November 1906 kam der 12jährige Knabe Z. in Begleitung seines Vaters zu mir, um mich zu konsultieren wegen einer Geschwulst an der linken Ohrmuschel.

Die Inspektion ergab eine fluktuierende Geschwulst, die mehr als die obere Hälfte der Ohrmuschel einnahm, und deren Oberfläche leicht bläulich zu schimmern schien.

Anamnestisch konnte gar nichts herausgebracht werden, und auch der Vater konnte nur soviel sagen, daß er die Geschwulst vor ca. 14 Tagen bemerkt habe. Von Fall, Schlag, Verletzung überhaupt, wußte der kleine Patient nichts anzugeben; hat auch nie an der betreffenden Stelle Schmerzen gehabt.

Die Inzision der Geschwulst ergab als Inhalt blutig gefärbtes, klares Serum. Nach der Inzision wurde die Inzisionsöffnung drainiert und ein Kompressivverband angelegt.

Zwei Tage später war die Geschwulst trotz Drainierung wieder neugebildet.

Es wurde nun die Höhle leicht ausgekratzt und mit Jodtinktur bepinselt; darauf wieder Drainierung und Verband.

Nach 5 Tagen war die Geschwulst wieder neugebildet, wenn auch vielleicht in etwas geringerem Grade als das erstemal.

Ich eröffnete nun die Höhle ziemlich breit, tamponierte sie nicht zu fest mit Vioformgaze aus und ließ zu Hause Umschläge machen mit Lysollösung. Diese Behandlung hat dann in befriedigender Weise zum Ziele geführt, indem die Geschwulst sich nicht mehr neugebildet hat, sondern ganz obliteriert ist.

Ein Rätsel bleibt die Ursache dieses Othämatomes, und es beweist der Fall, daß offenbar solche Hämatome auch schmerzlos entstehen können.

Grätzer.

J. Comby (Paris), Fièvre hystérique chez l'enfant. (Archives de méd. des enf. Juin 1906.) Der Verf. beschreibt aus der eigenen Praxis und derjenigen anderer Ärzte mehrere Fälle von hohem Fieber, welches nur auf hysterischer Grundlage beruhte. Das Charakteristikum dieser Fieber scheint die abnorm hohe Temperatur zu sein, welche die betreffenden Kranken aufweisen. In einem dieser Fälle wurde bis 45° C. gemessen, in einem anderen bis 44,6°. Im ersteren Falle, wo es sich um ein 13jähriges Mädchen handelte, war die Fieberperiode so lange andauernd, daß man an eine subakute, tuberkulöse Peritonitis dachte, doch bestätigte sich diese Diagnose nicht; das Kind hatte wieder eine Zeit lang normale Temperatur, dann wieder Hyperthermie, dabei war das Allgemeinbefinden relativ gut. Außer der erhöhten Temperatur bestanden hartnäckige Kopfschmerzen, Zittern in manchen Gliedern, auch leichte Konvulsionen. In einem anderen Falle, dessen Beschreibung Arraga (von Buenos-Aires) gibt, bestand, außer Hyperthermie, eine linksseitige Hemianästhesie. Eine Patientin von Mazzarotto hatte zuerst durch 45 Tage unstillbaren Singultus gehabt, dann trat Hyperthermie bis über 44,5° auf, welche durch 11 Tage andauerte. Dabei hatte die Kranke ihr volles Bewußtsein, keine Somnolenz, kein Delirium, sondern nur unbestimmte Kopfschmerzen.

Es folgt aus diesen Erfahrungen, daß man selbst aus abnorm hohen Temperaturen keinen prognostisch schlechten Schluß ziehen darf, namentlich wenn dieselben mit einem relativ guten Allgemeinbefinden einhergehen, die Kranken keine organischen Läsionen, keine Prostration, keine ataxo-adynamischen Erscheinungen darbieten, hingegen aber klare hysterische Zeichen zeigen oder neuropathisch belastet sind.

Die Behandlung ist eine suggestive, in Verbindung mit lauwarmen Bädern und kalten Einpackungen, Landaufenthalt usw.

E. Toff (Braila).

G. Pignero (Livorno), Notes cliniques sur une épidemie de rougeole. (Archives de méd. des enf. Septembre 1906. S. 535 bis 543.) Der Verf. hat Gelegenheit gehabt gelegentlich einer heftigen Masernepidemie, die innerhalb weniger Monate die Anzahl von 4000 Fällen bei einer Bevölkerungszahl von 100000 Einwohnern überschritt, zahlreiche interessante Beobachtungen anzustellen. Die allgemeine Sterblichkeit betrug durchschnittlich etwa 7‰, doch war dieselbe bei dem ersten Tausend von Fällen viel höher und erreichte 20‰.

Einige wenige Fälle boten außer Masern auch eine Diphtherie toxischer Form dar, während in anderen eine Laryngitis stridulosa in Erscheinung trat, die aber im allgemeinen einen leichten Verlauf nahm.

Der jüngste Kranke war 12 Tage alt, der älteste 72 Jahre. In einigen Fällen begann die Eruption auf der Brust, in anderen auf dem Rücken und auf den Schenkeln. Die Dauer derselben schwankte zwischen 12 Stunden und 17 Tagen, die Fälle mit lange andauernder Eruption nahmen meist einen schweren Verlauf.

Zwei Patienten hatten Masern, ohne einen Ausschlag zu zeigen; so z. B. hatte ein 5jähriges Mädchen alle Krankheitssymptome, wie Husten, Schnupfen, Konjunktivitis, Photophobie, Fieber, gesprenkeltes Gaumensegel, doch konnte ein Ausschlag nicht beobachtet werden; möglicherweise hatte derselbe eine so kurze Dauer, daß er der Aufmerksamkeit der Umgebung entging.

Die höchste beobachtete Temperatur betrug 41,9° und handelte es sich um eine 32jährige Frau mit schweren Erscheinungen, welche aber am fünften Krankheitstage fieberfrei wurde.

Stomatitis war keine allzuhäufige Erscheinung, doch war dieselbe in einigen Fällen sehr schwer; meist wurden ulzerös-diphtheroide Formen beobachtet; in einem Falle trat Noma auf und war das Ende rasch ein tödliches. Kein Fall, der rechtzeitig in Behandlung trat und bei welchem, außer einer flüssigen Kost auch eine rationelle Mundpflege durchgeführt werden konnte, komplizierte sich mit Stomatitis, so daß man diesbezüglich die Patienten genau überwachen muß.

In fast allen Fällen war Bronchitis, in sehr vielen Bronchopneumonie aufgetreten. Meist traten dieselben am 7.—9. Krankheitstage auf, ja es wurde auch beobachtet, daß Kranke bereits seit 24 bis 36 Stunden fieberfrei waren und dann unter Schüttelfrost, Fieber, Husten und Dyspnöe an Pneumonie erkrankten. Dieselbe hatte meist einen unregelmäßigen und langen Verlauf. Bei 4 Kranken hatte sich auf Grund dieser Komplikation Tuberkulose entwickelt.

In einem der von P. beobachteten Fälle hatten sich die Masern mit Vulvargangrän kompliziert und endete derselbe, ein 4jähriges Mädchen betreffend, tödlich.

Bekanntlich ist die Mittelohrentzündung eine der häufigsten Komplikationen der Morbillen und auch in der vom Verf. beobachteten Epidemie konnte dies festgestellt werden. Dieselbe entwickelt sich

ohne stürmische Erscheinungen, oft ohne jedwede Schmerzen, und man kann dann unverhofft von schweren Komplikationen überrascht werden.

In seltenen Fällen nehmen die Masern einen schweren, rasch mit dem Tode endenden Verlauf, derart, daß man sie als toxisch bezeichnen muß. In allen diesen Fällen ist der Ausschlag ein sehr mäßiger, so daß die Kranken eher blaß aussehen, das Fieber ist nicht hoch und es fehlt jegliche Komplikation. Nichtsdestoweniger besteht ein Zustand von tiefer Schwäche und außerordentlicher intellektueller Torpidität. Ein derartig erkranktes Kind war bereits in Rekonvaleszenz, als es plötzlich starb, doch wurde bei der Sektion nichts am Herzen und keinerlei sonstige Organveränderungen gefunden, so daß als Todesursache eine Herzlähmung, beruhend auf toxischen Einflüssen, angenommen werden mußte.

P. konnte auch einen Fall von Rezidiv beobachten: 13 Tage nach vollständiger Entfieberung trat von neuem trockener Husten, Schnupfen, Konjunktivitis, Fieber und charakteristisches Masernexanthem auf, um nach weiteren 4 Tagen vollkommen zu verschwinden.

E. Toff (Braila).

L. Guinon und **H. Pater,** Deux cas de paralysie diphthérique; action du sérum de Roux. (Revue prat. d'obst. et de paediatrie. 1906. Nr. 208. S. 282.) Es wurde von mehreren Autoren, wie Comby, Mournier, Marfan, Chambon u. a. die Behauptung aufgestellt, daß das antidiphtherische Serum ein gutes Heilmittel für postdiphtherische Lähmungen sei. Demgegenüber teilen die Verff. die Krankengeschichte zweier Fälle mit, von welchen der eine unter postdiphtherischen Lähmungserscheinungen tödlich endete, trotzdem mehrfach und in größerer Menge Serum eingespritzt worden war, während der andere in Heilung ausging, obwohl fast gar keine Behandlung gegen die Lähmung vorgenommen wurde. Im ersteren Falle wurde gleich bei Auftritt der Diphtherie in reichlicher Menge und zu wiederholten Malen Serum eingespritzt, ohne hierdurch das spätere Auftreten schwerster Lähmungserscheinungen hintanhalten zu können. Selbstverständlich kann aus zwei vereinzelten Fällen kein bindender Schluß mit Bezug auf die Frage der postdiphtherischen Paralysien und ihrer Behandlung gezogen werden, doch sind dieselben interessant und für die Beurteilung der Frage von Wichtigkeit. E. Toff (Braila).

Et. David (Limoges), Le lymphatisme qu'on n'envoie pas au bord de la mer. (La Province médicale. 1906. Nr. 11.) Eine auch unter den Ärzten viel verbreitete Ansicht ist die, daß bei lymphatischen Kindern die besten therapeutischen Resultate durch den Aufenthalt an den Meeresküsten erzielt werden können. Diesbezüglich muß bemerkt werden, daß die sogen. irritablen Lymphatiker das Meeresklima nicht vertragen. Es sind dies meist zart gebaute, nervöse, arthritisch belastete Kinder mit großen Mandeln und adenoiden Vegetationen, welche über die lymphatische Natur des Zustandes keinen Zweifel lassen. Oder solche, die auch Charaktere von Rachitismus darbieten und im allgemeinen leicht erregbar sind. Alle diese werden unter der Einwirkung des maritimen Klimas noch mehr er-

regt, schlaflos und können auch abendliche Temperatursteigerungen darbieten. Diese Patienten vertragen auch warme Meerbäder nicht, da auch der Meereswind auf sie ungünstig einwirkt.

Eine weitere Kontraindikation für den Aufenthalt an der Meeresküste bilden chronische Nasenrachenkatarrhe und Bronchitiden, welche am Meeresstrande verschlimmert werden. Ferner sollen jene Lymphatiker nicht an das Meer gesendet werden, welche chronische Eiterungen, wie z. B. eitrige Mittelohrentzündungen darbieten, und jene mit Augenaffektionen: Keratitis, Konjunktivitis, Blepharitis, auf welche der Dünensand in ungünstigster Weise einwirken kann.

Diese verschiedenen Kategorien von infantilen Kranken zeigen aber außerordentliche Besserungen unter saliner Behandlung und sollen daher mit kochsalzhaltigen Quellen behandelt werden.

E. Toff (Braila).

Robert Leroux, Le torticolis d'origine otique. (La presse médicale. 1906. Nr. 62.) Man beobachtet oft im Verlaufe eitriger Entzündungen des Ohres die Entwicklung eines Schiefhalses, den man aber meist wenig beachtet und als Reflexionserscheinung ansieht. Zahlreiche klinische Beobachtungen haben aber erwiesen, daß dieses Symptom von Wichtigkeit ist und oft als das erste im Laufe einer Ohrenerkrankung erscheint. Es handelt sich in diesen Fällen wahrscheinlich um eine Neuritis des Spinalnerven, und konnte L. auch weitere Folgen dieser Erkrankung — Schmerzen, Kontrakturen, Lähmung, Atrophie — bei zwei seiner Kranken feststellen.

Was die Ursache einer derartigen Neuritis anbetrifft, so handelt es sich meistens um eine eitrige Mittelohrentzündung, ferner sind es Eiterungen des Proc. mastoideus, welche in die Zervikalgegend durchbrechen können, indem sie die innere Lamelle des Knochens eindringen. Der Eiter breitet sich längs der Scheide der Arteria occipitalis aus, gelangt zum Querfortsatze des Atlas und zum Spinalnerven, den er reizt.

Auch Drüsenvereiterungen, namentlich im Kindesalter, können zu ähnlichen Erscheinungen führen. Im Laufe einer Mittelohrentzündung oder einer Mastoiditis können die Drüsen, die in der Nachbarschaft des Nervus spinalis sich befinden, entzündlich anschwellen, vereitern und durch Reizung und Kompression des Nerven zur Entwicklung einer Tortikollis Veranlassung geben. Endlich kann man, falls man keine der erwähnten Erkrankungen feststellen kann, bei Bestehen einer Tortikollis eine Thrombophlebitis der Jugularvene als Ursache desselben annehmen.

Wenn also die Gelegenheitsursachen der in Rede stehenden Erkrankung mannigfacher Natur sind, so kann doch gesagt werden, daß die Erkrankungen des Ohres und namentlich die eitrigen Entzündungen des Mittelohres in der Entwicklung derselben eine wichtige Rolle spielen und daß man die praktische Regel aufstellen muß, daß jeder Schiefhals zur genauen Untersuchung des Ohres führen muß.

E. Toff (Braila).

Ed. Chaumet, Recherches sur la croissance des enfants des écoles de Paris et des crèches-dispensaires et consultations externes des hôpitaux. (Thèse de Paris. 1906.) Der

Verf. hat Wachstumsuntersuchungen an 4400 gesunden Kindern angestellt und ist zu folgenden Resultaten gelangt. Bei der Geburt ist die mittlere Größe der Knaben jener der Mädchen überlegen, wird aber zwischen 11 und 14 Jahren geringer als letztere, um dann wieder die anfängliche Superiorität zu erlangen.

Das mittlere Gewicht der Knaben übertrifft, von der Geburt angefangen, jenes der Mädchen, wird dann geringer mit 8 Jahren, erreicht die relativ kleinste Ziffer mit 12—13 Jahreu und beginnt mit 15 Jahren wieder anzusteigen, um dasjenige der Mädchen zu übertreffen. Diese Unterschiede stehen wahrscheinlich in Verbindung mit dem Eintritte der Pubertät, welcher beim Mädchen viel früher stattfindet.

Das jährliche Wachstum ist bei beiden Geschlechtern ziemlich gleich; dasselbe ist während der ersten Jahre relativ sehr groß, sinkt dann später allmählich ab, zeigt einen raschen Anstieg während der Pubertät, um dann wieder in stetiger Weise abzufallen, doch geschieht dies keineswegs in regelmäßiger Weise.

Die jährliche Zunahme des Körpergewichts verringert sich von der Geburt bis zum dritten Lebensjahre, steigt dann in unregelmäßiger Weise mit einer raschen Erhöhung während der Pubertät.

E. Toff (Braila).

J. Fouchon-Lapeyrade, Contribution à l'étude de la coxalgie par la radiographie. (Thèse de Paris. 1906.) Die Diagnose und Therapie der tuberkulösen Koxitis haben in der radiographischen Untersuchung ein wichtiges Hilfsmittel, deren Benutzung in allen einschlägigen Fällen zu empfehlen ist. In therapeutischer Beziehung zeigt das radiographische Bild den Sitz der Erkrankung in genauer Weise, was namentlich für die Vornahme der von Calot empfohlenen tiefen Einspritzungen von Vorteil ist. Letztere bestehen aus: Jodoform 10,0 g, Kreosot und Guajacol āā 2,0 g, Naphtolum camphoratum 5,0 g, Äther 12,0 g und Ol. olivar. sterilisat 100,0 g. Die mit den serienweise vorzunehmenden Einspritzungen erzielten Erfolge sind sehr zufriedenstellende. Chirurgische Eingriffe sollen nur ausnahmsweise vorgenommen werden.

Der Verf. hat seine Beobachtungen in Berck-sur-Mer gemacht und hat dort Gelegenheit gehabt, zahlreiche Radiographien auszuführen, die seine Arbeit in interessanter Weise illustrieren. E. Toff (Braila).

A. Bezançon, Conformations thoraciques chez les tuberculeux. (Thèse de Paris. 1906). Der Verf. hat in zahlreichen Fällen die Form, den Umfang und die sonstigen Dimensionen der Brust bei Tuberkulösen untersucht und ist zu dem Schluß gelangt, daß es eine paralytische Brust gibt, welche zur Erwerbung von Tuberkulose prädisponiert. Der Brustumfang zeigt bei Tuberkulösen schon in den ersten Stadien eine geringere Entwicklung und, falls die Krankheit einseitig ist, so ist der Perimeter auf dieser Seite immer erheblich kleiner. Beachtenswert ist, daß bei paralytischem Thorax hauptsächlich der sagittale Durchmesser verkleinert ist, während der quere und senkrechte normal sein können. Der epigastrische Winkel und die Entfernung zwischen den Brustwarzen sind erheblich kleiner, als unter normalen Verhältnissen.

Die verschiedenen Thoraxformen bei Tuberkulösen können in zwei große Gruppen eingereiht werden: 1. der platte Brustkorb, welcher meist der fibro-kaseösen Form der Tuberkulose angehört, und 2. der kugelige Brustkorb, welcher für die emphysematöse Form der Tuberkulose charakteristisch ist, und zwar mit Tuberkulose der einen Seite und Emphysem der anderen, oder Tuberkulose der Lungenspitzen und Emphysem der Basis. Den unterliegenden Partien der Lunge entsprechend, nimmt auch der Brustkasten verschiedene Formen an, zeigt Einsenkungen oder Vorwölbungen. E. Toff (Braila).

Fage und **Huchet**, Sur un cas de rhumatisme cervical chez un enfant. (Progrès médical. 1906. Nr. 42.) Verff. beobachteten im Hospital Herold, auf der Abteilung von Barbier, einen sehr bemerkenswerten Fall von Rheumatismus der Wirbelsäule — den Ausdruck im Sinne eines Schmerzphänomens gebraucht, nicht hinsichtlich der Natur und Pathogenese desselben. Ausgezeichnet ist der Krankheitsfall 1. durch die lange Dauer der Schmerzphänomene (ca. 1 Monat), die später völlig verschwanden, 2. durch das Vorhandensein von kardialen Störungen, deren Beginn nicht genau zu bestimmen war, 3. durch Anfälle von paroxysmaler Tachykardie mit heftiger Präkordialangst, die den Schmerzkrisen vorausgingen und sich anfänglich 5—6 mal in 24 Stunden wiederholten. Diese Anfälle verschwanden nach 1 monatigem Krankenhausaufenthalt, um allerdings in vermindertem Grad wiederzukehren. Die Diagnose war nicht leicht und hatte sogar mehrere Wochen lang zu einem Irrtum Anlaß gegeben. In der auch von chirurgischer Seite befürworteten Annahme eines Malum Pottii wurde der 9 jährige Knabe orthopädisch behandelt. Einen Monat nach dem völligen Verschwinden der zervikalen Schmerzphänomene konnte die Autopsie gemacht werden, die komplette Veränderungen an Herz und großen Gefäßen und den andern inneren Organen ergab, dagegen die völlige Intaktheit der Halswirbelsäule, der Gelenkverbindungen und die (makroskopische) Unversehrtheit der Nerven an ihren Austrittsstellen nachwies. Eine histologische Untersuchung ist allerdings versäumt worden. — Der Knabe kam am 6. November 1905 in das Hospital mit der Klage über heftigen Schmerz in der Halsregion, der anscheinend bestimmt in die Wirbelsäule lokalisiert wurde. Die Anamnese ist ohne bemerkenswerte Daten, eine 3 Jahre zuvor im Krankenhaus behandelte Bronchitis war für beginnende Tuberkulose gehalten worden. Die Aufmerksamkeit des Kranken erregten zuerst Anfälle von Tachykardie im Juli 1905, die den Schmerzen in der Halsregion vorausgingen; vor letzteren waren beide Kniee, ohne Erguß und Schwellung dabei, Sitz vorübergehender Schmerzen. Später traten auch abends beim Hinlegen des Kopfes vage Schmerzen im Nacken auf und die Bewegungen in der Halswirbelsäule wurden so schmerzhaft, daß der Knabe den Kopf fest zwischen den Händen immobilisierte. Bald wurden die Schmerzen kontinuierlich, dumpf, durch jede Bewegung, jede Lageveränderung gesteigert. Dabei Verminderung des Appetits und Abmagerung, Schlaflosigkeit. Auf Druck Schmerzsteigerung im Niveau der ersten Halswirbel, dasselbe auch bei Druck auf den Kopf und bei Bewegungs-

versuchen desselben. Die Untersuchung des Pharynx ergibt nirgends eine Prominenz, sie steigert aber die Schmerzen. Die Muskeln scheinen daran nicht teilzunehmen, im Verlaufe der Kopfnickermuskeln geringe Lymphdrüsenschwellung, Perkussionsschall in der rechten Fossa subclavicularis abgeschwächt, Herz sehr groß: Spitze sehr weit nach außen vor der Mammillarlinie im 6. Sp. i. c. An der Basis ein diastolisches Geräusch, das sich längs des rechten Sternalrandes sehr deutlich weiterverfolgen läßt. Im Niveau des Truncus brachio-cephalicus und der linken Carotis ein lauter, trillerartiger Ton. Puls hüpfend und leicht unterdrückbar. Arteriendruck 17 mm, Temperatur 38,5. Über den ganzen Körper erstreckt sich ein Erythem mit Urtikariaeffloreszenzen, das einem Arzneixanthem gleicht. — Die Schmerzen schienen sich unter der Einwirkung der von chirurgischer Seite vorgeschlagenen Extension des Kopfes ein wenig zu beruhigen, als am 13. November, 2 Tage nach Beginn der Behandlung, zu wiederholten Malen am Tage von tachykardischen Anfällen mit äußerstem Angstgefühl befallen wurde, Abnahme des Apparats. Der Kranke bäumt sich auf, er wird bleich, ringt nach Luft, Puls 160. Am Herzen nur unregelmäßige Geräusche hörbar. Nach 3—4 Minuten ist alles vorbei, vom 13.—20. Wiederholung der Krisen in gleicher Heftigkeit und Frequenz, um allmählich nachzulassen, um am 24. November ganz aufzuhören. Allmählich bessern sich die Schmerzen, am 3. Januar 1906 ist die Wirbelsäule schmerzfrei. Der Kranke steht auf und spielt. Am 5. Januar Beginn einer zur Perforation führenden Otitis media dextra. Am 21. Februar kommt das Kind ohne jedes Schmerzphänomen als Rekonvaleszent in das Hospital Saint-Lewis, von wo es am 28. wegen eines tachykardischen Anfalles zurückkommt. Bis zum 13. März bleibt es bei diesen, allerdings jetzt weniger häufigen und weniger starken Anfällen. Appetit sehr gering, der Kranke matt. Am 20. März konstatiert man eine Vergrößerung der empfindlichen Leber und einen geringen peritonealen Erguß, Puls 120, Arteriendruck 13. Am 25. März ist die Tachykardie permanent. Am 1. April Verschlimmerung des Zustandes, Urin reich an Phosphaten. Am 5. April von Zeit zu Zeit Hustenanfälle mit schleimig-eitriger Expektoration, Temperatur zwischen 37,5 und 38,8. Auf der Haut von Bauch und Brust auf Druck verschwindende papulöse Flecke vom Aussehen einer Roseola, keine Diarrhöe, keine Diazoreaktion, kein Widal. Am 7. April disseminiertes Rasseln auf beiden Lungen, blutig-schaumiges Sputum. Tod am gleichen Tage. Autopsie: Zervikalnerven an der Austrittsstelle makroskopisch völlig intakt, die Wirbel um ihre Gelenke ebenfalls. Herz: Symphysis pericardii der Vorder- und Hinterwand. Herz selbst abnorm, schlaff, von braunroter Farbe, auf der Oberfläche Pseudomembranen, rechter Ventrikel stark erweitert, der linke in der Höhe der Mitralis, Endocarditis ulcero-vegetans. Im rechten Herzohr ein großes Gerinnsel. Aorta atheromatös, die Klappen ganz schlußunfähig, verdickt, atheromatös. Keine Tuberkulose, keine tracheo-bronchiale Adenopathie. — Demnach erscheinen die von dem Kranken in der Halswirbelsäule empfundenen Schmerzen nichts weiter gewesen zu sein als eine Episode im Verlaufe eines infektiösen Prozesses, der seinen Angriff auf das Herz, auf die

zervikalen Gelenkverbindungen oder Nerven, auf das Ohr und endlich auf die Haut gerichtet hat. Genau ist allerdings der Beginn all dieser Erscheinungen nicht bestimmbar. Die tachykardischen Anfälle scheinen jedoch das Initialsymptom gewesen zu sein. Die Pathogenese dieser während 9 Monaten sich folgenden Erscheinungen ist den Verff. unklar.

H. Netter (Pforzheim).

John Muir, Eight Generations of Haemophilia in South Africa. (South African medical Record. 25. Oktober 1906. Vol. IV. Nr. 19.) Zur Widerlegung der von anderer Seite aufgestellten Behauptung, daß die Hämophilie in der Kapkolonie eine ganz ungewöhnlich seltene Krankheit sei, gibt M. die interessante Geschichte einer Familie wieder, in der während drei Jahrhunderten Hämophilie in direkter Linie heimisch war. Daß die Krankheit schon vorher in der betreffenden Familie herrschte, nimmt Verf. als wahrscheinlich an, der erste, sichere Fall jedoch betrifft den 1783 in der Kapkolonie geborenen Pieter Willem C., der 1852 einer Epistaxis erlag, 69 Jahre alt. Ob die männliche oder weibliche Linie des Hauses der Träger dieser Erbschaft war, vermag Verf. nicht mitzuteilen. Von diesem P. W. C. stammten 4 Töchter und 5 Söhne. Die letzteren waren gesund, d. h. sie starben nicht an Hämophilie. 2 von den 4 Töchtern hatten gesunde Kinder (die dritte Generation), aber von den beiden andern ging eine hämophile Linie mit zahlreichen nachfolgenden Fällen aus. Eine dieser beiden Schwestern hatte 4 Söhne; 3 von diesen starben an ihrer Hämophilie, und der 4., Pieter Willem de B., starb ebenfalls an einer Blutung von einem Beilhieb, die einen Monat gedauert hatte. Von diesem P. W. d. B. stammten 2 Töchter und 6 Söhne (die vierte Generation). Die 6 Söhne waren gesund. Eine von den beiden Töchtern, Elsie, verlor ihre beiden einzigen Söhne (die fünfte Generation) an Blutungen. Ihre Schwester Maria setzte die direkte hämophile Linie noch weiter fort. Sie hatte 7 Söhne und 5 Töchter. Ein Sohn erlag als kleines Kind einer Zahnfleischblutung am 9. Tag. 4 von ihren 5 Töchtern heirateten, alle gebaren hämophile Kinder (die sechste Generation).

1. Die erste von den 4 verheirateten Töchtern, Mrs. J., hatte 7 Söhne und 9 Töchter. 2 von den Knaben starben an einer Blutung, der eine am 9. Tag, an einer fast unsichtbaren selbst beigebrachten Wunde am Kopf. 1 Jahr vor seinem Tod hatte er eine schwere Blutung von einer Zahnfleischwunde, entstanden beim Essen von mehlbestreuten Maiskörnern. Damals aber war er dem Tode nahe. Der zweite Sohn erlag, 2 Jahre alt, am 5. Tag einer Blutung, er hatte sich mit einem Zahn an den Bettpfosten gestoßen.

2. Mrs. E. hatte 10 Kinder, eins erlag einer Blutung, ein anderes hatte schwere Blutungen und bekam leicht Beulen.

3. Mrs. A., die dritte Tochter hatte 20 Kinder, 13 Knaben und 7 Töchter. 3 Knaben starben, der eine in 13 Stunden an einer Blutung von einem „Abszeß“, der geöffnet wurde; der zweite in 10 Tagen, er hatte sich mit der Ferse an einer Haue gestoßen. Der dritte hatte einen Abszeß an der Stelle einer alten Fraktur, die vom Arzt gespalten wurde. Er starb in 24 Stunden, 1896. Die Knaben

standen im Alter von 2, 7 und 28 Jahren. Ein viertes Kind hatte eine schwere, 10 Tage dauernde Lippenblutung. Dieser und einige von den anderen Fällen standen die ganze Zeit unter ärztlicher Aufsicht, die Blutungen konnten nicht beherrscht werden. Einige andere Kinder starben sehr jung, ohne daß die Eltern die Ursache anzugeben vermochten. Die anderen sind gesund und Verf. hat, bevor und nachdem er von der hämophilen Diathese in der Familie erfahren hatte, einigen von ihnen ohne Schaden Zähne extrahiert.

4. Die vierte Tochter, Mrs. M., hat 4 Kinder, lauter Söhne, 2 Bluter. Der eine, ein 25jähr. Mann, hatte von einem Sturz vom Pferd eine mächtige fluktuierende Schwellung über dem schmerzhaften Hüftgelenk. Verf., in der Annahme eines Abszesses, wollte zur Operation schreiten, erfuhr aber noch von der alarmierten Mutter bei dieser Gelegenheit zum ersten Mal überhaupt von der Zugehörigkeit ihres Sohnes zu den „bleeding people.“ Die gleichwohl vorgenommene Punktion ergab ein enormes Hämatom, der Eingriff verlief ohne Zwischenfall, nach einem Monat völlige Restitutio ad integrum.

Von der achten, jüngsten Generation, macht Verf. folgende Angaben:

a) Mrs. J.s Tochter, Mrs. C. B. hatte, als sie ihr drittes Kind zum Verf., wegen einer seit 10 Tagen dauernden Blutung aus einer Lippenwunde brachte, bereits 2 Kinder verloren, ein 13 Monate altes Kind, das einer Blutung aus einer Schramme an dem Oberlippen-Fenulum nach einem Fall nach 5 Tagen erlegen war, während ein zweites Kind bald nach der Geburt an einer furchtbaren Darmblutung zugrunde gegangen war. Adrenalin-Wattetampons brachten die Blutung bei dem dritten Kind in 5 Minuten zum Stehen und von den Eltern wurden ohne Unterbrechung Tag und Nacht Ferropyin-Kompressen appliziert, „wie in den alten Tagen der Kompressionsbehandlung von Aneurysmen mit Hilfe sich stets ablösender Studenten“. Zur Zeit der Abfassung ist das Kind immer noch gesund (seit 25. Februar 1906). Verf. bemerkt ausdrücklich, daß er Gelatine weder innerlich noch subkutan gegeben habe. — Eine andere Tochter von Mrs. J. hat 2 Knaben — Bluter.

b) Mrs. E. hat eine verheiratete Tochter mit einem Sohn — Bluter.

c) Mrs. A. hat 3 verheiratete Töchter mit Söhnen. Die erste, Mrs. J. C. hat einen einzigen Sohn, Bluter.

Die zweite, Mrs. J. van S., verlor einen Sohn an einer Blutung von einer unbedeutenden Fingerverletzung; ein zweiter Sohn ist Bluter, die andern Söhne sind gesund. Die dritte, Mrs. B., hat einen gesunden Sohn.

d) Mrs. M. hat bis jetzt noch keine Bluter unter ihren Enkelkindern.

Verf. bemerkt zum Schluß, daß er in erster Linie die letalen Fälle berücksichtigt habe, und daß er nicht im mindesten daran zweifelt, daß es noch andere gibt, die entschieden Bluter sind, die entweder an anderen Krankheiten gestorben sind oder sich vielleicht noch am Leben befinden. Überdies, fährt er fort, beschränkte sich seine Darstellung nur auf diesen einen Zweig der Familie. Würden

erst noch die anderen hinzugerechnet, „welch ein enormer Verlust an Leben in Südafrika, die Hämophilie hat mehr Leben gefordert und mehr Glück ruiniert als manches Gefecht unserer Geschichte. Und trotz aller Lehren der Vergangenheit und des Augenblicks in die Zukunft — die jungen Männer zögerten nicht, sich mit den Töchtern dieser Rasse zu verheiraten.“ H. Netter (Pforzheim).

A. Brown Kelly, Die diffuse hyperplastische Laryngitis und Pharyngitis der angeborenen Syphilis. (Glasgow med. Journal. November 1906.) Die verschiedenen Formen der pharyngealen oder laryngealen Hyperplasie bei der Syphilis hereditaria tarda können in folgender Weise klassifiziert werden:

1. Hyperplasie zusammen mit Ulzeration, oft Verdickung um die Ulzerationen oder Narben.
2. Hypertrophische Granulationen und papilläre Exkreszenzen mit oder ohne Ulzerationen; dieser Befund oft an der Epiglottis, an Lupus erinnernd.
3. Hyperplasie in Form von Tumor.
4. Diffuse hyperplastische Infiltration.

Ein 7jähriger Knabe hat eine sehr geräuschvolle Atmung, besonders nachts; sprach undeutlich, bei klarer Stimme; einigemal leichtes Nasenbluten; kein Halsweh und keine Dysphagie. Gut entwickeltes Kind, aber mager und bleich, mit lebhafter, bei der Inspektion stridoröser Atmung. Im Pharynx ist das Zäpfchen und die mittlere Partie des Gaumensegels gleichmäßig, ohne Ulzeration verdickt. Die Aryknorpel bilden blasse, glatte und breite, einander genäherte Massen, die nur wenig bei der Phonation oder tiefer Inspiration auseinandergehen. Die obere Larynxapertur war auf eine kleine dreieckige Öffnung reduziert, die eine Inspektion der darunter liegenden Regionen nicht gestattete. Keine syphilitischen Stigmata. Gleichwohl wird die Pharynx- und Larynxaffektion für syphilitischer Natur gehalten.

Der Vater hat Syphilis gehabt, die Mutter nicht, jedoch zwei Aborte, und von 8 Kindern sind 5 im frühesten Alter gestorben. Alle hatten im Alter von wenigen Wochen Hauteruptionen (Pemphigus). Als Säugling bekam der Patient Quecksilbereinreibungen und war seit dem 6. Lebensmonat bis zum Auftreten der Kehlkopferscheinungen gesund geblieben.. Nun wurden die Einreibungen wieder aufgenommen und außerdem Jodkali gegeben. Der Allgemeinzustand besserte sich, die Respiration wurde weniger geräuschvoll. Nach 6 Monaten war die Atmung frei, die Gaumeninfiltration geringer, der Kehlkopfeingang war freier, aber eine beträchtliche Stenose besteht gleichwohl. Nach 2 Jahren war darin keine Veränderung eingetreten. Die Hauptzüge des Falles sind: das gleichmäßige, symmetrische Verhalten der Infiltration, das Fehlen von Ulzeration, die Neigung der infiltrierten Partie zu ödematöser Anschwellung, wodurch es zu mehr oder minder starker Stenose kommt, und endlich das Persistieren der Hyperplasie trotz antisyphilitischer Behandlung.

J. N. Mackenzie hat drei hierhergehörige Fälle beschrieben bei größeren Kindern, wo pharyngeale Ulzerationen mit Hypertrophie der Epiglottis, der aryepiglottischen Falten, der Taschenbänder ohne

Ulzerationen oder Narbenbildung im Kehlkopf. Unter der Behandlung kam es zur Vernarbung der Ulzerationen, aber die Hyperplasie blieb bestehen. Bei dem ersten Kranken, einem 15 jährigen Knaben, bestand eine Ulzeration der Zunge, Zerstörung der Uvula und Gaumensegel; die Schleimhaut des Kehlkopfes war gleichmäßig hypertrophisch, die Stimmbänder geschwollen und hyperämisch; durch Jod trat sehr schnell Besserung ein. Ein von Jakob beschriebenes, 15 Tage altes Kind zeigt die Erscheinungen der Syphilis; im 5. Monat Husten und Heiserkeit, Stenose, Tracheotomie, Tod. Autopsie: Stenose der Subglottis durch Hypertrophie der Schleimhaut auf 2 cm Länge (bindegewebige Infiltration, glanduläre Hypertrophie) keine Ulzerationen. Ein $3^1/_2$ Jahren altes, von Eröß beschriebenes Kind hatte ebenfalls diese Schleimhauthypertrophie des ganzen Kehlkopfes, ebenso ein $5^1/_2$ Jahre altes, von Compaire beschriebenes Kind. H. Netter (Pforzheim).

B. Morpurgo, Experimentelle Studien über Osteomalacie und Rachitis. (Arch. per le scienze mediche. 1907. Bd. XXXI. Heft 1.) Die nicht nur beim Menschen, sondern auch bei einer großen Zahl von Tieren, besonders bei fast all unsern Haustieren vorkommende Rachitis, ist nach der Ansicht der meisten Forscher alimentären Ursprungs: gewisse Tatsachen jedoch legten den Gedanken an einen infektiösen Ursprung nahe, u. a. die Beobachtung veritabler Epidemien von Rachitis bei gewissen Tierspezies, ein Argument übrigens, das ebenso leicht zugunsten der Annahme eines alimentären Ursprungs sich verwerten läßt. Um so beachtenswerter sind die Beobachtungen von M., die eine der Osteomalacie sich nähernde epidemische Affektion betreffen. M. hatte in seinem Laboratorium eine große Zahl weißer, zu andern Experimenten bestimmter und in mehreren Käfigen eingeschlossener Ratten. In einem derselben sah er eine Epidemie von „Osteomalacie“ sich entwickeln, die eine größere Zahl von Tieren ergriff, während die Tiere der andern Käfige, obwohl in gleicher Weise ernährt, absolut frei blieben. Im Rückenmark dieser Tiere will M. nun einen, äußerlich einen Diplococcus oder tetradischen Mikroorganismus darstellenden Mikroben gefunden haben, der innerhalb 4 Tagen auf Gelatine wächst: bei einem der sezierten Tiere fand sich dieser Mikrob auch in der Milz, Leber, den Nieren und Knochen. Die subkutane Verimpfung ergab nun 187 mal auf 300 positive Resultate: bei den ausgewachsenen Tieren entwickelte sich eine Affektion von dem Charakter der Osteomalacie und bei den Neugeborenen eine der Rachitis ähnliche. Bei einer gewissen Zahl scheinbar gesunder Tiere fand er histologische Veränderungen an den Knochen, was daran denken läßt, daß es sich in diesen Fällen um leichte Osteomalacie handelte, die zur Erzeugung deutlicher Skelettveränderungen nicht ausreichte. Der Prozentsatz der positiven Resultate erscheint relativ hoch, wenn man besonders die Tatsache in Betracht zieht, daß eine gewisse Zahl neugeborener Tiere schnell einging. Die ersten Inokulationen und diejenigen der ersten Passagen sollten besonders in sehr starker Proportion erfolgreich gewesen sein, während mit den nachfolgenden Passagen die Virulenz des Keimes sich allmählich abzuschwächen schien. Interessant ist die Tatsache, daß unter den von den geimpften Tieren stammenden Ratten eine gewisse Zahl spontan

rachitisch wurden und die in ihren Knochen gefundenen Mikroben auf andere Tiere weiterverimpft, bei letzteren bald Rachitis, bald Osteomalacie hervorriefen, je nach dem Alter der Tiere. Danach würde die Annahme naheliegen, daß Rachitis und Osteomalacie eine einzige Krankheit, infektiöser Natur, darstellen: und, was zugunsten der Annahme eine Einheit beider Zustände sprechen würde, ist der weitere Umstand, daß eine gewisse Zahl von Tieren, die in den ersten Tagen geimpft und rachitisch geworden waren, im ausgewachsenen Zustand osteomalacisch wurden. Der supponierte gemeinsame pathogene Keim scheint im übrigen ziemlich wenig virulent zu sein, indem auf die Inokulation von 1—2 Tropfen einer Bouillonkultur eine neugeborene Ratte weder mit einer Allgemeinerkrankung entzündlicher Natur, noch tödlicher Infektion reagierte. Die bei erwachsenen Tieren erzeugten Skelettveränderungen äußerten sich in einer Deviation der Wirbelsäule, in Deformationen der Rippen, die knotig werden, der Schulterblätter, die manchmal perforiert, der Schlüsselbeine, die verkrümmt sind; das Becken wird skoliotisch und im transversalen Durchmesser verkleinert, Femur und Tibia wurden ebenfalls verkrümmt und werden zuweilen der Sitz von spontanen Frakturen; die Konsistenz der Knochen ist stets verringert, nach Maßgabe des Krankheitsstadiums. Histologisch besteht die Hauptläsion in einer Dekalzifikation und Bildung von Lakunen, die mit fibrinösem Gewebe, Blutgefäßen und spärlichen Markzellen gefüllt sind; das zentrale Mark ist durchgehends fettig. Bei den jungen Tieren sind die epiphysären Veränderungen ausgeprägter, und es existiert ein anormaler Prozeß einer endochondralen Ossifikation.

Die initialen Veränderungen der experimentellen Osteomalacie und Rachitis bestehen in einer Erweiterung der Haversschen Kanäle. Zwischen dem Knochenmark und dem Knochenbecken finden sich Osteoblasten in einer Zone homogener, hyaliner, nicht verkalkter Substanz. Das pathogene Agens erzeugt also direkt oder indirekt eine Reizung der Osteoblasten und der dem vaskularisierten Gewebe am meisten benachbarten Knochenzellen, woraus eine Auflösung des Knochengewebes und seine partielle Metaplasie im Bindegewebe hervorgeht. Die Störungen der Ossifikation im Bereich der Bindeknorpel sind analog denen bei der menschlichen Rachitis (anormale Gefäßbildung und Unregelmäßigkeit der Knorpelreihen). Aber die Hauptsache bleibt die Störung in der Kalkverarbeitung in der Umgebung des Knorpels und des Knochens selbst mit teilweiser Umbildung des knöchernen Gewebes im Bindegewebe. H. Netter (Pforzheim).

Z. Capuzzo, Über den Kalkgehalt der Zerebrospinalflüssigkeit beim kranken Kind. (La Clin. Med. Ital. 1906. Nr. 12.) Es existiert bis jetzt erst eine exakte Angabe über den Kalkgehalt der Zerebrospinalflüssigkeit (0,112 $^0/_0$ bei einem 6 monatlichen Fötus). Nachdem Stoeltzner den Kalkgehalt der nervösen Zentralorgane mit der spasmophilen Anlage in Verbindung gebracht hat, besitzen methodische Untersuchungen hierüber Interesse. C. hat in 24 Fällen Bestimmungen angestellt. Es ergab sich ein besonders hoher Gehalt bei hochgradiger Rachitis, bis über 40 mg pro 100 ccm Flüssig-

keit. In Fällen, wo spastische Symptome bestanden, wie Meningitis, Hydrozephalus, waren nur dann relativ hohe Werte (20—32 mg), wenn ein mäßiger Fond von Rachitis vorhanden war, während bei fehlender Rachitis andere Werte bis 11 mg herab sich finden. Verf. glaubt, daß bei der hochgradigen spasmophilen Anlage der Rachitischen seine Resultate jedenfalls eher für eine erregende Wirkung des Kalkes sprechen. M. Kaufmann.

Miserocchi, Beitrag zur Pathologie der Morbillen. (La Pediatria. 1906. Bd. III.) Verf. teilt die während einer großen Masernepidemie in Ravenna gesammelten Erfahrungen mit. Das Kopliksche Zeichen hat er unter 114 Fällen nur 29 mal (39,2%) gefunden. In einem Fall war eine sehr merkwüdige Temperaturkurve auffallend: während der ersten 9 Krankheitstage erhob sich das Fieber nicht über 38,2, am 10. Tage erfolgte ein Abfall auf 36,5°, dem am Tage darauf, während das Exanthem in erster Blüte stand, ein Anstieg auf 40,8° folgte; dann allmählicher Fieberabfall, bis am dritten Tage nach jenem plötzlichen Anstieg völlige Entfieberung erfolgt war. Ferner berichtet Verf. über 5 Fälle von Nephritis. In 3 Fällen waren die Kinder zum zweiten Male an Masern erkrankt. F.

Gaetano Finizio, Einfluß der Diphtherieinfektion auf den N-Stoffwechsel beim erwachsenen und jugendlichen Tiere. (La Pediatria. 1906. Bd. III.) Mya hatte 1893 auf Grund von Stoffwechseluntersuchungen behauptet, daß das Protoplasma jugendlicher Individuen in ganz besonders exzessiver Weise auf die Wirkung protoplasmatischer Gifte reagiere. Diese Behauptung war durch Nachuntersuchungen von Gagnoni, Botazzi und Orefici bestätigt worden. Auch aus den vom Verf. an Kaninchen und Meerschweinchen ausgeführten Stoffwechseluntersuchungen geht eine geringere Widerstandsfähigkeit jugendlicher Organismen gegen das diphtherische Gift hervor, so daß auch diese Resultate gegen die alte Theorie von den wirksamen Schutzmitteln, die den Kindern im Kampf gegen Infektionen zu Gebot stehen sollen, spricht. F.

Luigi Piga, Die Anwendung von „Tachiol“ bei der Behandlung der Gastroenteritis der Kinder. (La Pediatria. 1906. Bd. III.) Verf. hat in einer Anzahl von Fällen des Tachiol in einer Dosis von 1,5 g als ausgezeichnetes Antiseptikum bei akuten und chronischen Gastroenteritiden des Kindesalters bewährt gefunden, sowohl bei Anwendung per os, wie per rectum. Der Allgemeinzustand besserte sich zusehends, das Erbrechen hörte, auch wenn alle anderen Mittel sich als nutzlos erwiesen hatten, gleich am ersten Tage der Anwendung auf. In schweren Fällen nahm die Zahl der Stühle nach 2 oder 3 Tagen progressiv ab. Alle Kinder nahmen das Mittel gern. F.

Brunazzi, Spontanheilung des Empyem im Kindesalter. La Pediatria. 1906. Bd. IV.) Verf. teilt einen Fall von Spontanheilung eines linksseitigen Streptokokkenempyems bei einem 3½ jähr. Knaben mit; die Heilung geschah infolge einfacher Resorption des Eiters, ohne daß ein Durchbruch in die Bronchien stattfand. Verf. warnt davor, aus solchen Fällen die Lehre zu ziehen, daß man im Ver-

trauen auf eine mögliche Spontanheilung sich eines Eingriffes zu enthalten kann. Seiner Erfahrung nach kann man auch in Fällen eitriger Pleuritis in sehr vielen Fällen mit der einfachen Thorakozentese zum Ziel gelangen, wenn man nicht die Geduld verliert und zu früh dem Chirurgen das Feld räumt. F.

J. W. Troitzky, Über die soziale Bedeutung der Oophoritis bei Parotitis. (La Pediatria. 1906. Bd. IV.) Unter 33 Mädchen im Alter von 9—15 Jahren, die an Parotitis erkrankt waren, ließ sich bei 13 eine Lokalisation der Erkrankung an den Ovarien konstatieren. Bei doppelseitiger Parotitis waren beide Ovarien erkrankt; war die Parotitis einseitig, so war es auch die Ovarialerkrankung. Verf. glaubt, daß Sterilität, für die keine andere Ursache auffindbar ist, auf eine Atrophie der Ovarien infolge Oophoritis parotidea zurückzuführen ist. F.

E. Spirt, Die Behandlung der Hämoptoën mit Gelatine auf rektalem Wege. (Spitalul. 1906. Nr. 14.) Der Verf. hat die von Tickel angegebene Methode der Hämoptoëbehandlung mittels intrarektalen Einspritzungen von Gelatinelösung in zwei einschlägigen Fällen angewendet und gute Erfolge erzielt. Das Verfahren ist einfach, leicht durchführbar, und es haftet demselben kein einziger jener Nachteile an, die man bei subkutaner Anwendung von Leimlösung so oft beobachtet. Die betreffende Lösung wird folgendermaßen dargestellt: 50 g Gelatine werden in $1\,^1/_4$ l Wasser aufgelöst und bis zur Menge von einem Liter eingekocht; hiervon werden je $^1/_4$ l 3 mal täglich in den Mastdarm eingespritzt. E. Toff (Braila).

M. Manicatide, Über eine spezielle Form von typhösem Fieber. (România medicala. 1907. Nr. 1 u. 2.) Der Verf. beschreibt eine besondere Form von Typhus bei Kindern, welche in der Literatur noch nicht, oder nur in ungenügender Weise erwähnt worden ist, und 26 einschlägige Beobachtungen. Es handelt sich gewöhnlich um Kinder, welche den Eindruck machen, schwer krank zu sein, hohes Fieber (39°, 39,5°) haben, abgeschlagen, somnolent sind, bei Nacht delirieren, eine trockene Zunge mit roten Rändern, mitunter auch Epistaxis darbieten, kurz den Eindruck von schwer Typhuskranken machen. Auf bakteriologischem und seroreaktivem Wege kann Typhus mit Bestimmtheit nachgewiesen werden und trotzdem kann man beobachten, daß die Temperatur nach wenigen, meist 3 bis 7 Tagen in plötzlicher Weise abfällt und Genesung eintritt. Während der Krankheitsperiode ist die Diazoreaktion positiv, ebenso die Agglutinierung im Verhältnisse von $^1/_{50}$—$^1/_{200}$; der Verf. fand Eberthsche Bazillen im Pharynx und im Harne, andererseits war die Untersuchung des Blutes auf Malariaplasmodien in allen Fällen negativ. E. Toff (Braila).

I. D. Ghiulamila (Bukarest), Die Behandlung des pes varoequinus beim Kinde. (România medicala. 1907. Nr. 1 u. 2.) Die nach den heutigen Anschauungen als rationellste Behandlungsmethode erscheinende manuelle Redressierung, ohne eingreifende blutige Operation, mit Ausnahme einer eventuellen Durchschneidung der Achillesferse, ist auch vom Verf. in mehreren Fällen mit sehr gutem Erfolge

angewendet worden. Je früher die Behandlung begonnen wird, desto günstiger sind auch die zu erzielenden Resultate. Komplizierte Apparate sind unnötig, und im allgemeinen muß man daran festhalten, daß durch methodische, wenn auch längere Zeit in Anspruch nehmende Redressierung viel mehr zu erzielen ist, als durch gewaltsame Eingriffe. Anfangs wird nur die falsche Stellung korrigiert, später werden leichte Verbände angelegt und, bei fortschreitender Besserung, der Fuß in einen Gipsverband gelegt. Es ist hierbei von Vorteil eine Hyperkorrektion vorzunehmen, d. h. den Varo-equinus in einen Kalkaneo-valgus zu verwandeln. Ist dies nicht gut möglich, dann ist die Achillesferse zu durchschneiden. Später werden Zelluloidapparate mit Charnieren am Sprunggelenke, die nur die Beugung, aber nicht auch die Streckung gestatten, eventuell auch mit elastischem Zuge versehen, um fehlerhafte Stellungen auszugleichen. Bei Kindern, die bereits gehen, ist es gut, unter dem Kalkaneus eine dicke Watteschicht in den Kontentivverband einzubetten; da der Fuß nicht nach vorne rutschen kann, ist der Absatz genötigt, beim Gehen immer tiefer und tiefer hinunterzusinken, wodurch eine Selbstverbesserung der Varusstellung erzielt wird. Mehrere photographische Abbildungen illustrieren die vom Verf. mit seinen Apparaten und Verbänden erzielten Resultate. E. Toff (Braila).

•

Chr. M. F. Sinding-Larsen (Norweger), Beitrag zum Studium der Behandlung der Hüftgelenktuberkulose im Kindesalter. (Nordisk medicinskt Arkiv. Abt. I. 1905. Heft 3 u. 4. Nr. 17 u. 1906. Heft 1. Nr. 1.) Auf ein Material von 103 Fällen aus dem Seehospiz Frederiksvärn gestützt, befürwortet der Verf. eine vermehrte Anwendung operativer Behandlung. Die Abhandlung ist in der deutschen Sprache geschrieben. Adolph H. Meyer (Kopenhagen).

Axel Trolle (Däne), Hernia uteri. (Bibliotek for Läger. 1906. Heft 7—8.) Bei einem 3 Monate alten Mädchen entwickelte sich plötzlich ein irreponibler Bruch in der linken Leistengegend. Es wurde Herniotomie gemacht, und der Bruchinhalt bestand aus der normalen, vollständig entwickelten Gebärmutter nebst den rechten Adnexis. Collum uteri lag in dem Inguinalkanal, Fundus uteri neigte gegen das Labium majus, ferner war die Gebärmutter 180° um den linken Uterinrand gedreht. Die das Ligamentum latum bildende Bauchfellduplikatur setzte sich fort und bildete zum Teil den Bruchsack. Der Fall stützt die Anschauung von Linhart, daß Uterinhernien sich dem Bruchsack und dem Peritoneum gegenüber auf dieselbe Weise wie linksseitige Coekalhernien verhalten.

Adolph H. Meyer (Kopenhagen).

J. Puig Oriola, Vorzeitige Dentition, (La Medicina de los niños. August 1906.) Das bei der Geburt nur 1,874 kg wiegende, sonst in jeder Beziehung schlecht entwickelte Kind (Größe 42 cm) zeigte neben fast völliger Verknöcherung der Fontanellen 8 Zähne im Unterkiefer (4 incisivi, 2 canini, die 2 ersten Molares); an Stelle der zweiten Molares bestand eine Anschwellung; der Oberkiefer war völlig frei. Das Kind starb am 7. Tage. M. Kaufmann.

III. Aus Vereinen und Versammlungen.

Bericht über die 27. Sitzung der Vereinigung rheinisch-westfälischer Kinderärzte

am 11. November 1906 in Köln.

Siegert (Köln) stellt vor 1. mehrere Fälle von familiärem, sehr weitgehendem, unkompliziertem **Infantilismus**, Alkoholismus und Tuberkulose in der Aszendenz. Geistige Entwicklung nicht entsprechend dem Alter, sondern eher der Körperlänge und der gesamten körperlichen Entwicklung ohne Defekte, nur etwas rückständig. 2. einen Fall von schwerer **Hysterie** bei einem 5 jährigen Mädchen mit doppelter **hysterischer Ösophagusstriktur.** Tage absoluter Nichtaufnahme von festen und flüssigen Speisen, auch nicht von Wasser, begleitet von einem Gewichtsverlust z. B. von über 20 % in 3 Tagen, wechseln mit Tagen wahren Heißhungers mit ebenso rascher Gewichtszunahme. Schwerste Hysterie beider Eltern, die mit dem Kinde von Spital zu Spital ziehen. Das auslösende Moment scheint vor etwa 2 Monaten das vorübergehende Steckenbleiben eines Bissens bzw. dadurch bedingter Schmerz gewesen zu sein. Beliebige Eingriffe, z. B. Sondierung des Ösophagus oder des Rektums, der faradische Pinsel, die Röntgendurchleuchtung in einem Spital, heftige Prügel lösen die Aufnahme von abnorm großen Mahlzeiten aus. Für die feinste, steife Sonde allein ist der Ösophagus durchgängig, der auch bei tiefster Narkose bei 19 und weiter bei 22—23 cm je eine Striktur aufweist. Röntgenbilder werden gleichzeitig demonstriert, welche zwischen beiden Strikturen, stärker noch über der oberen Striktur eine Erweiterung des Ösophagus zeigen. Der Fall wird noch eingehend mitgeteilt.

Kaupe (Dortmund). Zur Ätiologie des **Pemphigus neonatorum non lueticus.** 10tägiges Kind zeigt Pemphiguseruptionen, Mutter ebenfalls vesikulöses Exanthem am Rücken und Unterleib, nach ungefähr 9 Tagen ein 3jähriger Bruder Varizellen. K. glaubt, daß Mutter, wie Neugeborenes intra partum durch die Hebamme infiziert seien mit Varizellen. Pacini hält Pemphigus neonatorum für eine Infektionskrankheit vom Typus der Varizellen.

Engel (Düsseldorf). **Über das Verhalten des Lymphgefäßsystems in der Lunge bei septischen Erkrankungen der Lunge und Pleura.** E. machte die Beobachtung, daß bei septischen Prozessen in der Brusthöhle, gleichviel ob sie von dem Lungengewebe oder von der Pleura ausgingen, die regelmäßig im interstitiellen Gewebe sich findende ausgesprochene Lymphangitis, gekennzeichnet durch kleine mit Endothel ausgekleidete Hohlräume, die aufs dichteste mit Eiterzellen und Kokken erfüllt sind, sich strenge auf die Gefäße beschränkt im Gegensatze etwa zu den Lymphangitiden an den Extremitäten, die stets mit einer Perilymphadenitis verbunden sind und oft zu Abszeß und Phlegmone führen. Dies Verhalten des Lymphgefäßsystems in der Lunge ist sicherlich auffällig. In etwa 12 Fällen konnte E. nur einmal bei einem schon sehr weit vorgeschrittenen Prozeß die Entwicklung perilymphangitischer Infiltrationen und hämorrhagisch-pneumonischer Herde beobachten.

Von den Gründen, welche man zur Erklärung heranziehen könnte, läßt sich einer sofort ausschalten. Die Virulenz der Bakterien nämlich spielt bei der Beschränkung der Entzündung auf die Gefäße selbst keine Rolle. So fand E. bei einem Falle von Erisypel der Kopfhaut eines Kindes von 6 Monaten mit sekundärer typischer Lymphangitis der Lunge in der Kopfschwarte überall perivaskuläre Infiltrate, in der Lunge aber war die Gefäßgrenze nirgends überschritten. Zur Erforschung der wirklichen Gründe für die besonderen Eigenschaften des Lymphgefäßsystems der Lunge Bakterien gegenüber, sind entsprechende experimentelle Versuche eingeleitet. Es liegt nahe, daß bakterizide Kräfte der Lunge dabei eine Rolle spielen, Kräfte, welche wahrscheinlich nicht in den Eigentümlichkeiten des Gewebes selbst, sondern in einer Funktion begründet liegen. Mit ihr ist ja bekanntlich eine überaus reichliche Durchblutung des Organs und ein reger Gasaustausch verbunden. Man könnte sich daher vorstellen, daß den im zarten interstitiellen Gewebe gelegenen Lymphgefäßen überall ein Wall in Gestalt des respi-

ratorischen, blutumspülten Parenchyms entgegensteht, der entzündliche Prozesse nur schwer im Interstitium Ausdehnung gewinnen läßt. Dies erklärte u. a. auch den Umstand, daß die Bronchialdrüsen so oft von Tuberkulose befallen gefunden werden. Die in die Lunge allein eingedrungenen Bazillen sind eben, wenn sie erst einmal von den Lymphgefäßen aufgenommen sind, gehindert, diese wieder zu verlassen. Erst wenn sie in den hilären Drüsen angelangt sind, finden sie einen Boden, auf dem sie sich entwickeln können. Voraussetzung wäre dann allerdings, daß beim Erwachsenen nicht ganz analoge Verhältnisse mit Bezug auf das Lymphgefäßsystem vorliegen, und wir haben ja auch in der Tuberkulose Veranlassung eine derartige Ausnahme zu machen.

Demonstrationen von **Photogrammen topographischer Lungenschnitte** nach der Methode von Gregor[1]) angefertigt. Die Präparate demonstrieren die Entwicklung, Ausbreitung und Lokalisation pneumonischer Prozesse beim Säugling. Man erkennt überall die schon von Gregor beschriebene paravertebrale Anordnung. Daß hierbei die schlechtere Entfaltung und Durchlüftung dieser Lungenteile eine Rolle spielt, erkennt man an weiteren Präparaten besonders deutlich. Hier, wo es sich um Sagittalschnitte handelt, sieht man nämlich, daß bei ganz inzipienten Prozessen auch die Stelle der Rippeneindrücke besonders bevorzugt wird, wo ja die Entfaltung des Gewebes sichtlich gehemmt ist im Vergleich zu den nebenangelegenen Parenchymwülsten, welche den nachgiebigen Interkostalräumen entsprechen.

Selter (Solingen) berichtet dann über **Darmerscheinungen**, wie sie nach Impfungen in der Haaner Anstalt auftraten und wie solche im letzten Jahre von Spiegel an derselben Anstalt beobachtet wurden. Das Material wird gesammelt und in extenso darüber berichtet. Rey.

Gesellschaft für innere Medizin und Kinderheilkunde in Wien.

Pädiatrische Sektion.

Sitzung vom 6. Juni 1907.

Friedjung zeigt ein 4jähriges Mädchen mit **sekundärer Vakzine** im Gesichte vor. Die Infektion war dadurch zustande gekommen, daß das Kind mit dem zu dieser Zeit geimpften Bruder spielte.

Das Aussehen der auf dem r. Tuber frontale lokalisierten Pustel zeigte alle Charaktere einer gewöhnlichen Impfreaktion.

Jehle demonstriert ein 6jähriges Mädchen mit durch intradurale **Injektion von Meningokokkenserum geheilter Meningitis cerebrospinalis.**

Das Kind war 2 Tage vor der Aufnahme unter intensiven Kopfschmerzen, Mattigkeit und Erbrechen erkrankt. Bei der Aufnahme bestand deutliche Nackenstarre, Benommenheit. Am dritten Krankheitstage wurde durch Lumbalpunktion 20 ccm eitrige Cerebrospinalflüssigkeit gewonnen, die schon durch einfache mikroskopische Untersuchung nachweisliche Meningokokken enthielt. Anschließend an die Lumbalpunktion erhielt das Kind sofort 20 ccm Meningokokkenserum intradural injiziert. Schon am selben Abend war das Kind viel ruhiger, das Sensorium freier, die Temperatur fiel auf normale Werte.

Da jedoch die Nackenstarre andauerte, auch das Fieber neuerdings anstieg, mußte die Lumbalpunktion und Seruminjektion im weiteren Verlaufe der Erkrankung noch zweimal wiederholt werden. Erst dann trat Heilung ein.

Vortr. tritt daher dafür ein, bei mangelnder Serumwirkung die Injektion zu wiederholen.

Als Nebenbefund erwähnt Vortr., daß am sechsten Krankheitstage am l. Oberschenkel des Kindes ein etwa Handtellerbreite einnehmender Herpes auf-

---

[1]) Gregor, Verhandlungen der Gesellschaft für Kinderheilkunde. Kassel 1903.

trat, der in den nächsten Tagen noch rasch an Ausdehnung zunahm. Mikroskopisch waren im Inhalt der Herpesbläschen Meningokokken nachweisbar.

Escherich weist in der Diskussion darauf hin, daß der Befund von Meningokokken im Herpesbläscheninhalt so zu erklären sei, daß dieselben auf dem Wege der Blutzirkulation hierher gelangt seien.

Die Anwendung von Meningokokkenserum (Jochmann, Ruppel) zeige bei leichten und mittelschweren Fällen unweifelhafte Erfolge. Die intradurale Injektion wird sehr gut vertragen.

Schey demonstriert ein einjähriges Brustkind mit **Malaria**. An Symptomen bestehen beträchtliche Anämie, Milztumor, Lebervergrößerung. Der Fiebertypus war ein vollständig irregulärer. Die Diagnose wurde deswegen nahegelegt, da das Kind aus Jaffa — einer Küstenstadt Palästinas — zugereist war. Das Blut zeigte Malariaplasmodien vom Typus der Tertianaparasiten.

v. Pirquet hält seinen Vortrag: **Über diagnostische Impfung mit Tuberkulin.**

Ein schon mit artfremdem Serum behandeltes Individuum zeigt bei zweitmaliger Injektion die Serumkrankheitserscheinungen viel früher als das erstemal. bzw. schon innerhalb der ersten 24 Stunden nach der Seruminjektion.

Eine ähnliche Frühreaktion findet man bei Revakzinierten. Von diesen Beobachtungen ausgehend bringt Vortr. die Frühreaktion bei Tuberkulösen auf Tuberkulin damit in Analogie. Auch die Tuberkulösen mit Tuberkulin injiziert, reagieren auf diese Injektion binnen 24—48 Stunden. Diese Reaktion zeigt sich in drei Formen:

1. Herdreaktion (Reaktion in der Umgebung des tuberkulösen Herdes);
2. Fieberreaktion (Temperatursteigerung im Anschlusse an die Injektion);
3. Lokale Reaktion (Rötung und Schwellung an der Injektionsstelle — Stichreaktion nach Escherich).

Statt der bisher üblichen subkutanen Injektion von Tuberkulin verwendet Vortr. die Einimpfung desselben in die Haut nach dem Vorgange bei der Vakzination.

Die Impfung wird mit einer Impfnadel mit meißelförmiger Schneide durch Drehung vorgenommen.

Zuerst setzt man eine Impfwunde mitttels der ausgeglühten Nadel zur Kontrolle ohne Tuberkulin, dann setzt man zwei ebensolche Impfstellen innerhalb zweier nebeneinander auf die Haut gebrachter Tuberkulintropfen. Vortr. verwendet Kochsches Alttuberkulin mit 1 Teil 5 %igen Karbolglycerins und 2 Teilen physiologischer Kochsalzlösung.

Um das Tuberkulin längere Zeit auf die kleine ganz oberflächliche Wunde einwirken zu lassen, werden die Impfstellen für einige Minuten mit einem kleinen Stückchen Watte bedeckt.

(Das Instrumentarium ist bei Dohual & Co. Wien 9. Spitalg. 21, in Berlin im medizinischen Warenhause NW., Karlsstraße, zu haben, es läßt sich auch zur Kuhpockenimpfung verwenden.)

Bei dieser Art der Impfung fallen Herdreaktion und Fieberreaktion weg und es kommt nur zur lokalen Reaktion, welche innerhalb der ersten 24 Stunden, in Ausnahmefällen etwas später auftritt und in der Bildung einer hellroten Papel besteht. Diese hat einen Durchmesser von 5—30 mm und schwillt in wenigen Tagen ab. Selten kommt es zu Bläschen- und Quaddelbildung, niemals zu Geschwürsbildung.

Unter 80 sicheren Tuberkulosen verschiedener Art reagierten 68 positiv, 1 schwach, 11 gar nicht. Letztere betrafen kachektische Individuen, sowie Tuberkulosis miliaris und Meningitis. Solche Unempfindlichkeit gegenüber Tuberkulin findet man auch bei subkutaner Injektion. Die Impfung kann ja auch nicht mehr leisten als die subkutane Injektion, sie ist nur viel einfacher und ungefährlicher, so daß sie von jedem praktischen Arzte ambulatorisch gemacht werden kann.

Da Erwachsene nach Naegeli und Burckhardt in 97 % bzw. 91 % bei Obduktion tuberkulöse Veränderungen aufweisen, so ist zu erwarten, daß Erwachsene viel mehr auf Impfung mit Tuberkulin reagieren, als Kinder, die einen viel geringeren Prozentsatz an Tuberkulose zeigen. In der Tat ist die Reaktion bei Erwachsenen so häufig — die Reaktion zeigt natürlich auch abgelaufene Erkrankungen an — daß sie bei Erwachsenen diagnostisch nicht verwertbar ist.

Um so wichtiger ist ihr Wert bei der Diagnose der Tuberkulose im Säuglings- und Kindesalter.

Vortr. verfügt über eine Anzahl von 700 Impfungen mit Tuberkulin und führt eine Statistik über 360 Fälle an. Der Prozentsatz der Reagierenden beträgt:

Alter			
Alter	0— 4 Monate	0 %	(52 Fälle)
„	4—12 „	10 „	(61 „)
„	1— 3 Jahre	24 „	(58 „)
„	3— 5 „	37 „	(51 „)
„	5— 8 „	56 „	(60 „)
„	8—14 „	60 „	(78 „)

Vortr. betont das Anschnellen der positiven Reaktion von der vierten zur fünften Gruppe.

Den Hauptwert der Methode erkennt Vortr. in der dadurch gegebenen Möglichkeit einer Prophylaxe der Tuberkulose.

Durch systematische Durchführung der Impfung an den Schulen, Kinderbewahranstalten und Spitälern werde man die Anfangsstadien der Tuberkulose entdecken können und eine Isolierung der tuberkulösen Kinder von den nicht tuberkulösen wenigstens in geschlossenen Anstalten — wenn schon nicht in der Familie — durchführen können.

Als diagnostisches Mittel hat sie vorderhand nur in der ersten Kindheit hohen Wert. Im späteren Kindesalter und noch mehr bei Erwachsenen hat nur das negative Ergebnis der Reaktion Bedeutung.

Vortr. glaubt, daß die Methodik auch zur Diagnose anderer Infektionskrankheiten werde verwendet werden können.

Moser bestätigt in der Diskussion die Befunde des Vortr. an der Hand der in seiner Abteilung vorgenommenen Impfungen.

Escherich weist auf die Bedeutung der Pirquetschen Methode für die Frage der Säuglingstuberkulose und für die Tuberkulose überhaupt hin und betont, daß die Ergebnisse der diagnostischen Impfung bestätigt haben, daß die Tuberkulose im Säuglingsalter selten sei.

Die Technik der Impfung ist ungemein einfach, man erspare die Temperaturmessung, alle unangenehmen Begleiterscheinungen der subkutanen diagnostischen Tuberkulinreaktion fehlen der Methode v. Pirquets. B. Schick (Wien).

IV. Monats-Chronik.

Hamburg. Ein Antrag des Senats betreffend **Einführung schulärztlicher Untersuchungen** an den Volksschulen ist angenommen.

München. Dr. J. Ibrahim, Privatdozent für Kinderheilkunde ist zum leitenden Arzt des Gisela-Kinderspitals gewählt.

Tübingen. Ein **Säuglingshort** ist am 16. Mai eröffnet. Die Kinder sollen höchstens 50 Tage bleiben und später in Familienpflege gegeben werden.

Halle. Die Anstellung eines **Stadtarztes** und eines **Schularztes** ist beschlossen.

Rixdorf. Eine **Säuglingsfürsorgestelle** unter Leitung eines Kinderarztes ist eröffnet. Ärztliche Behandlung kranker Kinder findet nicht statt.

Budapest. Prof. Bókay ist zum ordentlichen Professor ernannt.

Paris. Durch ein Dekret der Regierung vom 29. Mai 1907 ist in Algerien der **Pockenimpfzwang** für alle Kinder des ersten Lebensjahres und der Wiederimpfzwang für alle im 11. und 21. Lebensjahre befindlichen Einwohner, gleichviel welcher Nationalität, eingeführt worden.

— Prof. Dr. Hutinel ist zum Professor der Kinderheilkunde ernannt.

Verantwortlicher Redakteur: Dr. Eugen Graetzer in Friedenau-Berlin. — Verlag von Johann Ambrosius Barth in Leipzig. — Druck von Metzger & Wittig in Leipzig.

Centralblatt für Kinderheilkunde.

Eine Monatsschrift für praktische Ärzte.

XII. Jahrgang. 1. Oktober 1907. No. 10.

I. Originalbeiträge.

Neue Präparate zur Behandlung der Erythema und Ekzema intertrigo.

Von

San.-Rat **A. Fürst** (Berlin).

Seitdem an Stelle der bisherigen Antiseptica, wie Karbolsäure und Sublimat, die essigsaure Tonerde einen großen Teil des Terrains sich erobert hat, wendet sich das Interesse der Ärzte, welche sich mit äußerer Therapie und mit Chirurgie beschäftigen, lebhafter diesem Präparate und dem aus ihm hervorgegangenen Varianten zu. Und das hat seinen guten Grund. Denn bei aller Anerkennung der Vorzüge beider genannten Präparate, darf man sich doch nicht verhehlen, daß ihre Nachteile schwer in die Wagschale fallen, ja zum Teil sogar recht bedenklicher Natur sind. Indem wir nämlich die Karbolsäure und ihre Derivate, welche der Phenolgruppe angehören, anwenden, benutzen wir ein Mittel, welches in der bakteriziden Dosis die lebende Zelle angreift und schädigt; seine toxische und ätzende Wirkung läßt sich auch nicht umgehen, weil die Bakterien bei Anwendung geringerer Dosen nur abgeschwächt, aber nicht an ihrer Vermehrung behindert würden. Ähnliches gilt vom Sublimat, dessen Ätz- und Giftwirkung ja schon seit viel längerer Zeit bekannt ist. Nun haben wir zwar in neuerer Zeit durch das Wasserstoffsuperoxyd ein vorzügliches Antiseptikum gewonnen; allein auch dieses ist ja in seiner Anwendbarkeit begrenzt durch seine Nebenwirkungen, welche es auf die Schleimhäute ausübt. Ähnliches gilt von dem Formalin, das man in Gestalt des Formaldehyds zur Sterilisation der Körperhöhlen mit Erfolg angewendet hat, allein nur in gewissen Grenzen, weil beim Überschreiten derselben die Ätzung der Körperzellen und der üble Geruch zu einer Pause nötigt, die man benutzen muß, um derartige Nebenwirkungen erst wieder langsam abklingen zu lassen.

Unter den auf Grund der essigsauren Tonerde entstandenen Verbesserungen hat sich das Alsol bisher noch am besten bewährt und zwar, da die Pulverform schwer löslich ist, die 50%ige Lösung. Zur Großdesinfektion aber dürfte wohl augenblicklich das Roh-Lysoform, ebenfalls eine Lösung, noch mehr geignet sein, weil es nicht giftig, nicht übelriechend und doch bakterientötend ist. Es desodoriert und

setzt an die Stelle eines widerlichen Fäulnisgeruchs einen nicht üblen, fast aromatischen. Ähnliches gilt von einem Präparate: Festoform. Nennen möchte ich noch als austrocknende Mittel, welche der Weiterentwicklung von Krankheitskeimen einen Riegel vorschieben, das Thioform (Speyer & Grund, Frankfurt a. M.), das Chinosol (Franz Fritsche & Co., Hamburg), das Sozojodol (Trommsdorf, Erfurt) und das Therapogen (Max Döenhardt, Köln, Jülicherstr. 27). Gerade dieses letztgenannte Präparat, mit dem ich eine Anzahl Versuche machen konnte, hat mich wegen seiner Reizlosigkeit, seiner sicher vernichtenden Wirkung pathogener Organismen und wegen seines angenehmen Aromas sehr befriedigt; ich bedauere, daß es die verdiente Verbreitung, wie es scheint, nicht findet. Rastlos gehen indessen die Bestrebungen weiter, die adstringierende Wirkung der essigsauren Tonerde und deren günstigen Einfluß auf entzündliche Dermatosen zu verbessern. Man hat auf diesem Gebiete wieder eine Anzahl neuerer, vollkommenerer Präparate in den Handel gebracht, und unter diesen möchte ich auf Grund eigener Versuche dem schwerlöslichen, aber zum Bestreuen sehr geeigneten Eston (Chem. Werke Fritz Friedländer) besonderen Vorzug zusprechen. Eston ist (nach Saalfeld) basisch $^2/_3$ Aluminiumacetat, bei dem 2 von den 3 Valenzen des Tonerdehydrats durch Essigsäure abgesättigt sind. Es ist ein feines und weißes, indifferentes Pulver, haltbar, reizlos, heilend, ungiftig. In alkalischen Flüssigkeiten (Blut, Eiter) löst es sich langsam. Aus Friedländers Laboratorium sind zwei Präparate hervorgegangen: 1. Peru-Eston (Eston 40,0, Talcum 50,0, Balsamum peruvianum 10,0) und 2. das leichterlösliche Präparat Form-Eston (Form-Eston 10,0, Talcum, Amyl. Tritici āā 45,0). In Form-Eston ist 1 Valenz des Tonerdehydrates gegen Essigsäure abgesättigt, die 2. gegen Ameisensäure. Die Komponenten werden rascher und stärker abgespalten. Es ist ebenfalls ungiftig. Ein ferneres Präparat ist das Sub-Eston, worin das Eston zu 1 Valenz mit Essigsäure abgesättigt ist. Es wirkt mild, kühlend, juckstillend und ist eine zumal für Kinder sowie für zarte Frauen geeignete Kühlsalbe, wenn sie mit Lanolin. anhydr. und Aqu. dest. hergestellt wird.

Auch diese beiden Präparate können, wie vorauszusetzen war, nur in Frage kommen, wenn eine langsame Abspaltung der Bestandteile erwünscht ist, so daß sie erst allmählich zur Wirkung gelangen; denn es liegt im Wesen der Streupulver, daß sie längere Zeit mit der kranken Hautpartie in Berührung bleiben, daß sie ferner die Hyperämie und Entzündung, wenn auch langsam so doch gründlich zurückgehen lassen und so den normalen Kreislauf an dem erkrankten Bezirke wieder herstellen. Wenn Hypersekretion vorhanden war, es sich also sogleich um eine Veränderung handelte, bei der die obersten Epithelschichten zum Teil zerstört waren, demnach eine Exkoriation vorlag, so mußte natürlich ein verbessertes Präparat von essigsaurer Tonerde um so mehr die Wiederherstellung der erweichten, nässenden Hautstelle begünstigen. Das Form-Eston erzielte mir in solchem Falle eine schnellere und stärkere Wirkung, die ich auf die Abspaltung der weniger festgebundenen Ameisensäure zurückführe. Aus diesem Grunde scheint mir das Form-Eston auch

mehr für akute und subakute Fälle geeignet. Schließlich war es maßgebend für die Güte des neuen Streupulvers, ob es imstande war, die Zersetzungsvorgänge zu verhindern, welche unausbleiblich erfolgen, sobald sich Fettsäuren aus den halbzerstörten Talgdrüsen entwickeln. Es konnte sich für mich also nur um die Anwendung dieser neuen Streupulver in Fällen von Ekzema intertrigo handeln, und zwar teils um frische, teils um ältere oder vernachlässigte Fälle. Natürlich kamen für mich in erster Linie fettleibige Kinder in Betracht und zwar solche, bei denen Flächen normaler Haut in den wichtigsten Hautfalten (Inguinalgegend, Nates, Vulva, Hals und Nacken usw.) sich gegeneinander scheuern, ein mechanisches Moment, welches nicht zu unterschätzen ist. Die Zahl der von mir mit den neuen Präparaten behandelten Kinder belief sich auf sieben, außerdem kamen noch drei erwachsene Personen weiblichen Geschlechts hinzu, so daß sich also im ganzen 10 Fälle fanden, in welchen ich teils Heilung und teils Desodorierung erzielte. An sich bieten diese Fälle nichts Ungewöhnliches; das Erwähnenswerte besteht mehr darin, daß die Hautfalten, in welche ich auch immer trockene Wattestreifen einzulegen pflege, wesentlich schneller trockneten, sich wieder mit gesunder Epidermis bedeckten, vollkommen geruchlos wurden, abblaßten, als dies mit den bisher angewendeten Streupulvern der Fall war. Unter den 7 Kindern befand sich auch eins mit monatelang, trotz Argentum nitricum immer wieder nässendem Nabel. Es war mir sehr erfreulich, konstatieren zu können, daß auch hier ein rascheres Vertrocknen der Insertionsstelle erfolgte. Die drei erwachsenen Personen litten sehr unter dem üblen Geruche des Ekzema intertrigo, so daß sie schon deswegen gesellschaftlich gemieden wurden. Ich habe in diesen Fällen dem Einpudern mit Form-Eston eine leichte Waschung und gründliche Abtrocknung mit 3 % essigsaurer Tonerde vorangeschickt und kann dies Verfahren nur empfehlen. Mit einigen Versuchen, wie bei Verbrühung, Frost, Hyperhidrosis usw. bin ich noch beschäftigt. Da diese sehr zeitraubend sind, muß ich mir vorbehalten, darüber später zu berichten. Im allgemeinen ist Nässe nicht angebracht und bei der kurzen Dauer der Behandlung macht es auch nichts aus, wenn die Bäder unterbleiben. Das Prinzip muß immer eine trockene Behandlung sein.

Ich lasse hier die Angaben über die 10 von mir mit den neuen Präparaten behandelten Fälle (7 Kinder und 3 Erwachsene) folgen, hoffend, daß diese wenn auch knappe Kasuistik die Anregung zu weiteren therapeutischen Versuchen geben wird, bemerke aber auch, daß ich selbst, wie gesagt, noch mit solchen, die erst später abgeschlossen werden können, beschäftigt bin.

1. Kind ♀. 7 Monate alt. Erythema ad nates et vulvam. Das Leiden besteht seit ca. 14 Tagen infolge eines subakuten Darmkatarrhs und mangelhafter Hautpflege. Außerdem näßt ab und zu die Nabelgegend noch. Schlaf schlecht. — Ther.: Waschungen mit 3 % essigsaurer Tonerde. Trockene Wunde. 3 mal tägl. Pudern mit Eston. — Ausgang: Heilung in 5 Tagen.

2. Kind ♀. 8½ Monate alt. Erythema in den Inguinalfalten. Ekzema ad nates. Das Kind ist sehr fettarm, matt, schlecht genährt. Schlaf sehr oft gestört. — Ther.: Reinigung 3—4 mal tägl. mit essigsaurer Tonerde. Nur kurzes Bad, 26 ° R. Einlegen von Watte. Pudern mit Eston. — Ausgang: Heilung in 1 Woche.

3. Kind ♂. 9 Monate $2^1/_2$ Wochen alt. Ekzema ad scrot. et praeput. Intertrigo ad nates. Das Leiden besteht seit 1 Monat und ist durch Vernachlässigung verschlimmert. — Ther.: Kalte Waschungen mit essigsaurer Tonerde. Sorgsames Trockentupfen. Eston-Pudern nach jedem Urinieren. — Ausgang: Heilung in $1^1/_2$ Wochen.

4. Kind ♀ (Zwillingsschwester des Vorgenannten). Ekz. vulvae. Erosiones ad lab. sin. et ad nates sin. Diffuse Rötung. Das Kind ist sehr vernachlässigt, mager, blaß. — Ther.: Ungt. Eston (10 %) an die Nates. Im übrigen Waschungen mit essigsaurer Tonerde. Watteeinlagen. Eston-Pudern. — Ausgang: Heilung in 2 Wochen.

5. Kind ♀. 1 Jahr alt. Ziemlich fettreich. Übelriechende Intertrigo in den Inguinalfalten, begünstigt durch zu seltenes Reinigen, Baden und Wechseln der Wäsche. — Ther.: Häufige kühle Waschungen, bessere Hautkultur. Inguinalfalten: Austupfen mit Alsol und Watteeinlagen. Eston-Pudern. — Ausgang: Heilung in 1 Woche.

6. Kind ♂. 1 Jahr 1 Monat alt. Ekz. intertrigo an der Umgebung des Penis und am Scrotum. Ursache wahrscheinlich Kratzen und Jucken infolge von Pulices. — Ther.: Waschungen mit Lysoform. Dann trockene Behandlung. Einlegen von Watte. Umwickeln des Scrotum. Eston-Pudern. — Ausgang: Heilung in 10 Tagen.

7. Kind ♀. 2 Jahre 4 Monate alt. Ekz. intertr. subakut; zum Teil Erythema impetiginodes und Oedema labior. Durch Vernachlässigung und ungenügende Reinlichkeit entstanden. — Ther.: Lysoformwaschungen, 3 mal tägl. sorgfältiges Abtrocknen. Einstreuen und Pudern mit Eston. — Ausgang: Heilung in 2 Wochen.

Drei Erwachsene:

8. Mädchen, $15^1/_2$ Jahr alt. Ekzema intertrigo ad vulvam. Fluor alb. Ursache: Ungenügende Reinlichkeit. Starke Hyperämie, übler Geruch der Sekretion. — Ther.: Waschungen kalt, mit Therapogen. Trockenes Pudern mit Form-Eston. — Ausgang: Heilung in 14 Tagen.

9. Fräulein, 21 Jahre alt. Fettleibig. Intertrigo und Erythem, besonders unter der Mamma, an der Hals- und Inguinalgegend. — Ther.: Häufige Waschungen mit kühler Alaunlösung. Trockene Watteeinlagen. Pudern mit Form-Eston. — Ausgang: Heilung in 20 Tagen.

10. Frau, 41 Jahre alt. Fettleibigkeit. Hyperhidrosis. Schweißfüße mit intensivem Geruch, Exkoriationen der Epidermis. Zwischen den Zehen Erosionen. An den Nates: Erythema intertrigo. — Ther.: Waschungen mit kühler, essigsaurer Tonerde. Sorgfältige, trockene Behandlung. Einlegen von Watte. Pudern und Einstreuen mit Form-Eston. 2 mal wöchentl. ein kühles Vollbad und vollkommener Wäschewechsel. — Ausgang: Heilung in $3^1/_2$ Wochen.

Es erscheint mir nicht überflüssig, das Resultat meiner Versuche mit Peru-Eston und Form-Eston hervorzuheben. Es besteht darin, daß man auf angenehme, sichere und rasche Weise dasjenige erreicht, was bisher mit essigsaurer Tonerde und Alsol nicht immer prompt zu erreichen war, und daß insbesondere durch dies abgekürzte Verfahren alle Nebenwirkungen, vor allem auch Lymphdrüsenschwellungen des betreffenden Wurzelgebietes gar nicht mehr vorkommen. Außerdem möchte ich als Resultat bezeichnen, daß die Nachtruhe der betreffenden Kinder durch den Reiz weit weniger als bisher gestört wurde, so daß auch die Stimmung sich hob. Es wäre erwünscht, wenn Kontrollversuche meine Angaben über diese neue Form von Streupulvern bestätigten.



II. Referate.

A) Aus deutschen Zeitschriften.

Franz Hamburger, Biologische Untersuchungen über die Milchverdauung beim Säugling. (Jahrb. f. Kinderheilk. Bd. 62. Heft 4.) In der Einleitung gibt Verf. ein sehr instruktives Bild von dem heutigen Stande unserer Kenntnisse auf dem Gebiet der biologischen Forschung, die hier zum Teil wiedergegeben seien:

Die parenterale Einverleibung von genuinem, artfremdem Eiweiß hat die Bildung von chemisch bisher nicht bekannten Körpern zur Folge, welche mit eben diesen Eiweißkörpern unter Niederschlagsbildung reagieren. Ihre Wirkung ist spezifisch. Wir können mit Hilfe dieser Körper einander entsprechende Eiweißkörper verschiedener Tierspezies, jedoch nicht verschiedene Eiweißkörper derselben Spezies, voneinander unterscheiden.

Bei der Niederschlagsbildung wird das Eiweiß selbst vom Präzipitin gefällt. Ist das Eiweiß verdaut, dann reagieren die Verdauungsprodukte nicht mehr mit dem Präzipitin und haben auch die Fähigkeit verloren, Antikörperbildungen hervorzurufen. Der durch das Präzipitin hervorgerufene Niederschlag löst sich im Überschuß der zur Immunisierung verwendeten Eiweißart.

Auf Grund dieser Tatsache zieht Verf. bezüglich der Säuglingsernährung eine Reihe von Schlüssen:

Die Spezifizität der Präzipitine führt zu der Anschauung, daß die verschiedenen Eiweißkörper ein und derselben Spezies gemeinsame Eigenschaften besitzen, die sie als eben dieser Tierspezies angehörig charakterisieren (Gesetz von der Arteinheit).

Jedes Tier empfindet in seinem Gewebe befindliches Eiweiß einer fremden Tierspezies als ein Gift. Denn erstens reagieren Tiere auf artfremdes Eiweiß ebenso mit Antikörperbildung wie auf Injektion von Bakterien, Bakterientoxinen und pflanzlichen Eiweißgiften. Zweitens gehen Tiere unter dem Einfluß häufiger Eiweißinjektionen oft zugrunde. Endlich tritt nach intravenöser Injektion von artfremdem Eiweiß fast immer eine starke Leukozytenabnahme ein, unter Umständen erfolgt innerhalb kurzer Zeit der Tod.

Bei der Ernährung mit Eiweiß tritt dieses als solches unter normalen Verhältnissen nie unverändert durch die Darmwand, sondern wird vorher verdaut. Die Verdauung ist also von diesen Gesichtspunkten als eine Entgiftung aufzufassen.

Die Entgiftung artfremden Eiweißes stellt für den Neugeborenen nicht die physiologische Aufgabe dar. Die schädlichen Folgen der Kuhmilchernährung sind in dem aphysiologischen Reiz zu sehen, den das artfremde Rindereiweiß auf seinen Verdauungsapparat ausübt. Dieser vom Verf. aufgestellten Hypothese von der „giftigen" Wirkung des Kuhmilcheiweißes auf den Magendarmkanal haben sich später auch Schlossmann und Moro angeschlossen.

Wenn die genuinen Eiweißkörper durch die peptische und tryptische Verdauung auch ihrer „biologischen" Eigenschaften beraubt werden, so war es von Interesse, systematisch zu untersuchen, ob diese Zerstörung der präzipitablen Substanz auch tatsächlich experi-

mentell nachweisbar im Magendarmkanal des menschlichen Säuglings stattfindet. Die Untersuchungen wurden am Mageninhalt und an den Fäzes des Säuglings angestellt und ergaben folgendes:

Das Kuhmilcheiweiß ist auch mit der biologischen Methode in den Säuglingsfäzes nicht mehr als solches nachweisbar.

Die spezifische Fällung von Brustmilchstuhlextrakten mit Antimenschenserum beruht auf dem Eiweiß der Darmsekrete, denn es geben auch Kuhmilchstühle diese Fällung, und ferner ist am Ende der Magenverdauung die Brustmilch ihrer spezifischen Fällbarkeit beraubt. Auch die Kuhmilcheiweißkörper gehen den der spezifischen Fällbarkeit bei der Magenverdauung verlustig. Dieser letzte Satz muß aber noch weiterhin durch eine größere Untersuchungsreihe an gedeihenden Kuhmilchkindern gestützt werden. Hecker.

Franz Hamburger und **Bernhard Sperk,** Untersuchungen über die Magenverdauung bei neugeborenen Brustkindern. (Jahrb. f. Kinderheilk. Bd. 62. Heft 4.) Die physiologische Nahrung des Säuglings, besonders in den ersten Lebenstagen ist einzig und allein nur eine ganz bestimmte Nahrung, nämlich die Milch der eigenen Spezies, also Frauenmilch, weshalb man kurzweg sagen kann: Die Physiologie der Säuglingsverdauung ist die Lehre von der Verdauung des gesunden Brustkindes. Will man wirklich die Physiologie der Säuglingsverdauung studieren, so muß man unter Bedingungen arbeiten, unter denen folgende drei Forderungen erfüllt sind:

1. das untersuchte Individuum muß magendarmgesund sein; 2. es muß auch sonst gesund sein, da man nicht wissen kann, ob nicht anderweitige, nicht den Magendarmkanal betreffende, abnorme Zustände die Verdauung beeinflussen; 3. die zugeführte Nahrung muß normale Muttermilch sein.

Die fast ausschließlich an Brustkindern der ersten Lebenstage angestellten Untersuchungen lieferten zwar kein abschließendes Resultat, sind aber interessant genug, um mitgeteilt zu werden.

Sie erstreckten sich zunächst auf das Verhalten des Lab- und Pepsinfermentes bei der Magenverdauung, auf die Salzsäureproduktion, auf die Anwesenheit von Milchsäure und schließlich auf den quantitativen Ablauf der Salzsäureproduktion durch Bestimmung der Gesamtazidität und des Salzsäuredefizits, welches bisher bei analogen Versuchen merkwürdigerweise nie berücksichtigt worden war.

Labferment wurde in fast allen Fällen gefunden. Der Nachweis geschah nach der Morgenrothschen Methode: 5 ccm rohe Kuhmilch werden mit wenigen Tropfen Mageninhalt versetzt, die Probe wird über Nacht in den Eisschrank gestellt und am nächsten Tage 1—2 Stunden bei 37° gehalten. Es fand sich dann in fast allen Fällen typische Labgerinnung der Milch.

Pepsin wurde in fast allen Fällen gefunden, in denen der untersuchte Magensaft auf eine genügend hohe Azidität gebracht worden war. Die Proben wurden in der Weise angestellt, daß der Mageninhalt zu gleichen Teilen mit einer 0,6 %igen Salzsäurelösung versetzt

wurde. Dieser Mischung wurde dann ein kleines keilförmiges Stück koagulierten Hühnereiweißes zugesetzt und dann nach ca. 12 Stunden die verdauende Wirkung an dem keilförmigen Stückchen untersucht. Die Bestätigung dieser an sich schon bekannten Tatsache läßt die Verff. annehmen, daß es zu einer Eiweißverdauung auch im Magen des Neugeborenen kommt, wenn die genügende Säuremenge sezerniert ist.

Freie Salzsäure wurde entsprechend der jetzt allgemein üblichen Anschauung desto häufiger gefunden, je längere Zeit nach der Nahrungsaufnahme die Ausheberung erfolgte. Nie erschien freie Salzsäure vor dem Ablauf der ersten Stunde nach der Nahrungsaufnahme. Also selbst in den allerersten Lebenstagen wird beim Brustkind bereits Salzsäure in recht beträchtlichen Mengen vom Magen abgesondert.

Milchsäure wurde in keinem einzigen Falle gefunden. Zu einer Milchsäuregärung kommt es also im Mageninhalt des normalen Brustkindes nicht.

Das Salzsäuredefizit wurde nach Mintz in der Weise bestimmt, daß man diejenige Menge von Salzsäure ausfindig macht, welche einem Mageninhalt zugesetzt werden muß, daß er auf Indikatoren wie Phloruglycin-Vanilin, Tropaeolin oder Kongo sauer reagiert. Diese Indikatoren reagieren nämlich auf saure Salze, Phosphorsäure und salzsaure Eiweißkörper „alkalisch“, erst auf freie Salzsäure sauer. Das Salzsäuredefizit zeigt an, wie viel Salzsäure der Magen noch hätte sezernieren müssen, damit digestiv wirksame Säure vorhanden sei. Da man aber heute nach den Untersuchungen von Sjöquist Grund hat anzunehmen, daß die digestiv wirksame Salzsäure diejenige sei, welche sich mit dem Eiweiß zu salzsauren Verbindungen vereinigt hat und da freie Salzsäure nachweisbar wird, nachdem sich alles Eiweiß zu salzsaurem Eiweiß verbunden hat, so würde man das Salzsäuredefizit dann als diejenige Salzsäuremenge bezeichnen, die gerade zur Durchführung der Eiweißverdauung im Magen notwendig ist. Es gibt uns also das Salzsäuredefizit theoretisch den Maßstab für die Sekretionsarbeit, die der Magen zur Zeit der Ausheberung noch vor sich gehabt hätte. Es war von vornherein als sicher anzunehmen, daß die Summe von Gesamtazidität + Salzsäuredefizit, bzw. die Differenz Gesamtazidität freie Salzsäure immer kleiner sei als das Salzsäurebindungsvermögen der aufgenommenen Nahrung. Merkwürdigerweise aber zeigte sich in fast allen Fällen das Gegenteil. Fast immer war die Summe von Gesamtazidität + Salzsäuredefizit nicht unbeträchtlich größer als das ursprüngliche Salzsäurebindungsvermögen der Milch. Entweder muß das Salzsäurebindungsvermögen der Milch unter dem Einfluß der Magenverdauung stark gestiegen sein, oder es muß eine Eindickung des Mageninhaltes stattgefunden haben, sei es durch Resorption von Salzsäure nicht bindenden Substanzen oder durch Sekretion von Salzsäure bindenden. Weitere Betrachtungen lassen nur mit ziemlich großer Wahrscheinlichkeit schließen, was alles die Ursache der Zunahme des Salzsäurebindungsvermögens im Mageninhalt nicht sein kann. Unklar bleibt aber, was die Ursache dieser Erscheinung in Wirklichkeit ist.

Weitere Untersuchungen ergaben, daß der Zuckergehalt des Mageninhaltes immer geringer ist als der der getrunkenen Milch, ohne daß man daraus schließen könnte, ob diese Zuckerabnahme aus einer Resorption von Zucker oder einer Verdünnung des Mageninhaltes durch Verdauungssekrete zurückzuführen sei. Immerhin erscheint es am wahrscheinlichsten, daß ein Teil des Zuckers aus dem Magen durch Resorption verschwindet. Der Fettgehalt des Mageninhaltes ist in den allermeisten Fällen nur wenig geringer als der der genossenen Milch. Da man weiß, daß sowohl bei der Säure, als bei der Labfällung des Kaseins das Fett fast quantitativ in das Kasein eingeschlossen wird, so kann man schließen, daß die tatsächlich durch die Magensaftsekretion bewirkte Verdünnung der Milch bzw. des Mageninhaltes in den Fällen, wo der Fettgehalt des Mageninhaltes gerade so groß ist wie der der Milch oder doch nur wenig geringere Werte zeigt, ungefähr ebensoviel Flüssigkeit resorbiert worden ist als der Magen sezerniert hat. Damit würde auch stimmen, daß das Salzsäurebindungsvermögen des Mageninhaltes (Gasamtazidität + Salzsäuredefizit bzw. Gesamtazidität — freie Salzsäure) nie kleiner als das Salzsäurebindungsvermögen der getrunkenen Milch ist. **Hecker.**

A. Keller, Milchwirtschaftliches. (Monatsschr. f. Kinderhlkd. Juni 1907.) K. hat im Auftrage des preußischen Ministeriums der Medizinalangelegenheiten einige neu eingerichtete Milchküchen und eine Reihe von Musterstallungen besucht. Eigene Beobachtung und Aussprache mit Praktikern der Milchhygiene und wissenschaftlichen Autoritäten der Tierhygiene und Tierzucht gab ihm Gelegenheit, Erfahrungen auf diesem Gebiete zu sammeln, die er in einem recht lesenswerten Aufsatze wiedergibt, soweit sie Interesse für den Pädiater haben. **Grätzer.**

J. Peiser, Wabenlunge im Säuglingsalter. (Aus der Univers.-Kinderklinik in Breslau.) (Monatsschr. f. Kinderhlkd. Juni 1907.) Bei einem 8 Wochen alten Säuglinge, der an chronischer Pneumonie gelitten hatte, fand sich eine sehr seltene Abnormität der einen Lunge, nämlich eine Durchsetzung derselben mit einer Unzahl von kugeligen oder oblongen, auch unregelmäßig begrenzten, mit einer weißschimmernden, sehr zarten Membran ausgekleideten, meist leeren, teilweise aber mit einer weißlichen Masse ausgefüllten Höhlungen, zwischen denen derb infiltriertes Lungengewebe vorhanden war. Wie die histologische Untersuchung ergab, war der größte Teil der Höhlen durch Erweiterung der kleinsten Bronchien bzw. Bronchiolen, am Übergange in die Alveolengänge entstanden, ein anderer aus bronchopneumonischen Infiltrationszentren, die sich durch zentrale Einschmelzung in Abszesse verwandelt hatten. Beide Formen kamen nebeneinander vor, vereinigten sich auch häufig. Bei der bakteriologischen Untersuchung von Schnitten fanden sich grampositive Diplokokken.

Da es sich um die Lunge eines Säuglings handelt, der erst 8 Wochen gelebt hat, so ist es schwer sich vorzustellen, daß ein chronischer Entzündungsprozeß allein die Wabenlunge zur Ausbildung gebracht hat. Verständlicher wird der Vorgang, wenn man annimmt, daß der Säugling mit angeborener Bronchiektasie zur Welt

gekommen ist, einer Mißbildung, welche zwar selten, den Pathologen aber nicht unbekannt ist. Die Bronchiektasie begünstigte dann die Entstehung einer katarrhalischen Pneumonie, welche von vornherein chronischen Charakter annehmen mußte. Es ließ sich in den Schnitten in der Tat deutlich verfolgen, wie aus einer Bronchitis in einem erweiterten Bronchus eine Peribronchitis, aus dieser eine lobuläre Pneumonie sich entwickelte. Indem ein pneumonisch angeschoppter Lobulus eitrig einschmolz, entstand ein Abszeß, welcher gelegentlich nach dem zugehörigen oder einem benachbarten, an sich bereits erweiterten und entzündeten Bronchus durchbrach. So kam die Wabenlunge zur Ausbildung. Grätzer.

A. Borrino (Turin), Proteolytische Fermente im Säuglingsurin. (Aus der Univers.-Kinderklinik in Breslau.) (Monatsschr. f. Kinderhlkd., Juli 1907.) Es ist B. gelungen, in einer Reihe von Untersuchungen, die er an der Kinderklinik in Florenz (Prof. Mya) anstellte, nachzuweisen, daß der Urin von Kindern die Fähigkeit hat, Fibrin zu verdauen. Die Eigenschaft des Urins, bei saurer Reaktion Fibrin zu verdauen, kann nur einem dem Pepsin analogen Fermente zugeschrieben werden, das man passend Uropepsin nennt.

Die Anwesenheit und Herkunft des Pepsins im Urin ist noch nicht genügend erklärt. Doch scheint es, daß das Uropepsin zum größten Teile aus dem Magen stammt, sei es, daß es direkt resorbiert wird, wenn es bei der Verdauung nicht zur Verwendung kommt, sei es, daß es vor der Sekretion in den Verdauungskanal in das Blut übergeht und von ihm dort bei der weiteren Eiweißspaltung sich wieder abtrennt. Doch möchte B. annehmen, daß sich das Uropepsin zum Teile auch von den Fermenten herleitet, denen man eine Rolle bei der Autolyse und der Regeneration, kurz bei dem intermediären Stoffwechsel der Gewebe zuschreibt. Grätzer.

A. Sachs (Berlin), Muskeltransplantation bei Behandlung der Kinderlähmung. (Deutsche med. Wochenschrift. 1906. Nr. 37.) Hildebrand hat in einem Falle den gelähmten Musc. deltoides mit gutem Erfolge durch den Musc. pectoralis maior ersetzt. S. versuchte das Gleiche bei einem 6jähr. Kinde, dessen ganzer rechter Arm gelähmt war, und auch er erzielte vollen Erfolg. Das Fehlen des Musc. pectoralis maior an seiner alten Stelle machte sich bisher (6 Monate nach der Operation) nicht bemerkbar; seine Funktion ist offenbar von Musc. pectoralis minor übernommen worden. Grätzer.

H. Klose, Über heterochthone Serumwirksamkeit und ihre postoperative Behandlung bei deszendierender Diphtherie. (Aus der Univers.-Kinderklinik in Straßburg i. E.) (Deutsche med. Wochenschrift. 1907. Nr. 22 u. 23.) Es gibt Fälle, bei welchen trotz Seruminjektion und Tracheotomie die membranösen Exsudationen sich rasch immer wieder geltend machen, so daß die Kinder in höchste Erstickungsgefahr kommen.

K. schildert 6 Fälle und empfiehlt auf Grund dieser Beobachtungen als ultimum refugium die Instillation 10%iger Papayotinlösung (½ stündlich) durch die Kanüle.

Aus den epikritischen Bemerkungen K.s sei folgender Passus wiedergegeben:

„Die heterochthone Serumwirksamkeit muß auf eine pathologische Anlage zurückgeführt werden, welche die de norma von oben nach unten fortschreitende Immunisierung der Respirationsschleimhaut verhindert oder beschränkt. In diesen seltenen Fällen wird das Papayotin, seit der Serumperiode mit Recht aus der Behandlung der einfachen, lokalisierten, diphtherischen Angina verbannt, unter gewissen Postulaten zu einer lebensrettenden Potenz. Denn es ebnet dem Serum den Weg, wird aber auch bei zu weit gehender Gefäßlädierung gegenüber den Exsudaten versagen können. Die Tatsache, daß gar nicht selten spontan völlige Bronchialausgüsse ausgehustet werden, und die Gefährlichkeit des Mittels, die sich wohl gegenüber bisherigen, entgegengesetzten autoritativen Angaben aus der heutigen Beschränkung auf begrifflich festgelegte, pathologische Fälle erklärt, setzt zu seiner Anwendung den höchsten, noch eben erträglichen Grad von Erstickungsnot voraus. Die Indikation liegt auf der Grenze der laryngostenotischen Dyspnoe zur asphyktischen Phase.

Für diese bei alleiniger Seruminjektion verlorenen, refraktären Fälle hebt die kombinierte Serum-Papayotinbehandlung die Chancen der Rettung von 0 auf 1:1. Aus der Empirie wie aus den theoretischen Anschauungen erwächst somit die Berechtigung, dem sicheren und unsäglich qualvollen Tode selbst mit einem zweischneidigen Mittel entgegenzutreten. Versuchen wir für das therapeutische Handeln ein Schema zu analysieren, so glauben wir vor dem „Zuviel“ warnen zu müssen: man hört mit der Instillation auf, sobald Zeichen der Membranresolution sich einstellen. Sicherlich geht die Auflösung der Exsudate im lebenden Organismus viel schneller vor sich als an der Leiche und im Reagenzglasversuch. Daß es nicht darauf ankommt, ja nicht einmal nützlich erscheint, die Papayotinwirkung voll und ganz auszunutzen, möchten wir aus dem Vergleich des Ausgangs von Fall 3 und 4 schließen. Wir reden vielmehr einer planmäßigen Unterstützung der aktiven Exspiration durch seitliche Thoraxkompression nach Art der künstlichen Atmung das Wort, besonders wenn durch heftige, anhaltende Expektoration die respiratorischen Kräfte des Kindes sich zu erschöpfen anfangen. Wenngleich wir bei unserer starken Dosierung des Medikaments keine der klinischen Beobachtung auffällige Schwächung der Herzaktion zu notieren hatten, schien es uns besonders wertvoll, nicht nur von vornherein durch entsprechende Alkoholmengen — Rotwein, Marsala, Sherry, Eierkognak — sondern auch durch ausgiebigen Gebrauch von Reizmitteln einer Herzschwäche vorzubeugen. Vor allem unterschätzen wir in der therapeutischen Bedeutung des Kampfers nicht, daß er durch gleichzeitige Erregung der Respirations- und Gefäßnervenzentra eine Kräftigung der Respiration und der Herztätigkeit herbeiführt und zugleich der Lähmung der Gefäßnervenzentra entgegenwirkt. Neben der Reizwirkung auf die Respirations- und Zirkulationsorgane fördern wir die Expektoration, wenn möglich, durch interne Darreichung von Flores benzoës und Ammoniakpräparaten. Auch mit Moschus, pharmokologisch wahrscheinlich der Kampfergruppe zuzuzählen, sind wir in

diesen Fallen sehr zufrieden gewesen, trotzdem ja die Pharmakologen strengster Observanz seine exzitierende Eigenschaft nicht anerkennen (Schmiedeberg). Alles in allem erfordert die kombinierte Serum-Papayotinbehandlung nicht nur eine peinliche diagnostisch-klinische Auslese, sondern auch eine sorgsam den individuellen Verhältnissen der Patienten angepaßte mannigfachste therapeutische Gestaltung."

Grätzer.

H. Flesch und **A. Schoßberger**, Leukämische Blutveränderung bei Lues congenita und Sepsis. (Aus dem Stephanie-Kinderspital in Budapest.) (Deutsche med. Wochenschrift. 1907. Nr. 27.)

Bei einem kongenital luetischen Säuglinge treten im zweiten Lebensmonate ausgedehnte Blutungen an der Haut und an den Schleimhäuten mit ikterischer Verfärbung derselben auf; diesen gesellen sich pneumonische Herde zu, und gleichzeitig schwellen Leber und Milz in hohem Grade an. Bei Kollapstemperatur und zunehmender Schwere der Symptome tritt nach kurzer Zeit der Tod ein; die 24 Stunden vor demselben ausgeführte Blutuntersuchung zeigt ausgesprochene Oligocythämie, Oligochromämie und eine bedeutend vermehrte Leukozytenzahl. Außerdem finden sich sowohl an den roten wie auch an den weißen Blutzellen auffallende morphologische Veränderungen. Bezüglich der roten registrierte man Poikilozytose, Polychromatophilie und das Erscheinen von Erythroblasten und freien Kernen. Noch auffälliger waren die pathologischen Veränderungen der farblosen Zellen. Die Verff. konnten sich davon überzeugen, daß bei Entstehung der Leukozytose die Hauptrolle von den neutrophilen Elementen eingenommen wurde (63 %), unter ihnen betrug die Relationszahl der Myelozyten 9 %. Bedeutend vermehrt erscheinen auch die Zellen mit eosinophiler Granulation (8 %, darunter 1 % Myelozyten), während die basophilen Zellen eine geringere relative Vermehrung aufweisen: ihre Zahl beträgt 1 %. Die verbleibenden 28 % fallen auf die Lymphozyten. Die Sektion ergab nebst Zeichen der angeborenen Syphilis Pyämie und ausgebreitete Pneumonie. Die histologische Untersuchung der Milz, Leber und Nieren zeigte Veränderungen, die in das Gebiet der Syphilis und Pyämie gehören, während das makroskopisch unveränderte Knochenmark im Strichpräparate sehr viele kernhaltige rote Blutzellen und unreife, teilweise granulierte, große, einkernige Zellen aufwies. Bei der bakteriologischen Untersuchung des Herzblutes, der Eiterherde, waren lange Streptococcusketten nachzuweisen.

Der Fall wäre in vivo bei Unkenntnis des Blutuntersuchungsresultates nicht schwer zu deuten gewesen. Sämtliche Symptome fügen sich zwanglos in den Rahmen einer bei angeborener Syphilis entstandenen Sepsis. Sowohl die Gelbsucht als auch die ausgebreiteten Blutungen sind bei septischen Erkrankungen ganz junger Säuglinge keine ungewöhnliche Erscheinung. Zur Entstehung der Sepsis bieten übrigens kongenital-syphilitische Säuglinge vielfach Gelegenheit: die mehrfachen Läsionen der Hautdecke und der Schleimhäute sind für das Eindringen von Infektionserregern sehr geeignet. Das Hinzutreten der Pneumonie aber ist entweder durch die infolge der Blutvergiftung herabgesunkene Widerstandsfähigkeit und somit durch sekundäre Infektion oder auf die Weise zu erklären, daß die Lungenentzündung auf septisch-metastatischer Grundlage entstand. Die hochgradige Abgeschlagenheit, die subnormale Temperatur sind nur geeignet, dieselbe Diagnose zu unterstützen. Auffallend, doch nicht im Widerspruch stehend, war bloß die ansehnlich geschwollene Leber und Milz, insbesondere darum, weil diese Schwellung sich im Laufe der Beobachtung entwickelte. Leber- und Milzvergrößerung treten uns wohl bei kongenitaler Syphilis recht häufig vor Augen, in diesem Falle jedoch war bei der ersten Krankenvorstellung nichts davon zu be-

merken. Andernteils wird die akute Milzgeschwulst durch die Sepsis vollkommen erklärt.

Die gewürdigten Krankheitssymptome stellen also die Sachlage ziemlich einfach dar. Ungleich schwieriger gestaltet sich jedoch die Beurteilung, wenn man es versucht, den Blutbefund mit den übrigen Erscheinungen in Einklang zu bringen. Als Resultat der Blutuntersuchung fand sich nämlich eine typische leukämische Blutveränderung, die an Bedeutung noch gewinnt, wenn man ihr den diesem Alter normalerweise entsprechenden Befund gegenüberstellt. Nach Karnizki zählt man in diesem Alter 5239725 rote und 13125 weiße Blutzellen. Der Prozentsatz der Lymphozyten beträgt 56,3%, der Neutrophilen 29,1%, der Übergangszellen 11,2%, der Eosinophilen 2,8%.

Es steht also fest, daß unter physiologischen Verhältnissen in diesem Alter den Lymphozyten die führende Rolle zukommt, wobei die neutrophil granulierten Zellen in den Hintergrund treten, und daß demgegenüber in obigem Falle das Verhältnis dieser beiden Zellarten gerade verkehrt ist. Dieser Umstand ist nicht dadurch zu erklären, daß die absolute Zahl der Lymphozyten vermindert wäre, sondern ist durch die sowohl absolute als auch relative Vermehrung der neutrophilen Elemente verursacht. Was schließlich die kernhaltigen roten Zellen und die Myelozyten betrifft, muß wohl zugegeben werden, daß das vereinzelte Erscheinen dieser Elemente im kreisenden Blute junger Säuglinge an und für sich noch nichts Pathologisches bedeutet, einem so massenhaften Auftreten wie in obigem Falle muß jedoch zweifelsohne erhöhte Beachtung gewidmet werden.

Es fragt sich nun, ob auf Grund der Blutveränderung die Annahme einer myeloiden Leukämie berechtigt sei, oder aber ob dieser Blutveränderung bloß symptomatische Bedeutung zugemessen werden darf, wo dann weiter gesucht werden muß, welcher pathologische Vorgang für die sicherlich hochgradige Blutveränderung verantwortlich zu machen wäre: die angeborene Syphilis, die Sepsis, eventuell die Pneumonie, oder die Gesamtheit dieser Prozesse.

Ganz allein auf Grund des Blutbefundes wären die Verff. geneigt, den Fall als myeloide Leukämie zu betrachten, um so mehr, als die das Krankheitsbild beherrschenden Blutungen gleichfalls auf Leukämie zurückgeführt werden könnten. Das Knochenmark ließ jedoch das gewohnte leukämische Bild vermissen, und die histologische Untersuchung zeigte gleichfalls nichts Charakteristisches. Andernteils bestätigte die Sektion die angeborene Syphilis, die Pyämie und Pneumonie. Diese Erkrankungen aber gehen auch jede einzeln für sich häufig mit schweren Blutveränderungen vor sich.

Die Verff. halten es nicht für unwahrscheinlich, daß die hochgradige Blutveränderung unseres Falles bei dem ganz jungen Säugling durch die gesamte Einwirkung der mitspielenden Krankheitsvorgänge hervorgerufen zu werden vermag. Die massenhaften Toxine von intensiver Wirkung üben auf das dem Alter zufolge besonders empfindliche Knochenmark eine derartig erhöhte Reizwirkung aus, daß eine Überproduktion der kernhaltigen roten Blutzellen und Myelozyten eintritt, weshalb diese Zellelemente noch vor Erlangen der

vollkommenen Reifung und Differenzierung ins kreisende Blut übertreten können. So mag eventuell als begleitendes Symptom sonstiger Krankheitsprozesse ein leukämisches Blutbild entstehen. Grätzer.

O. Vulpius, Mißerfolge der Sehnenüberpflanzung. (Berl. klin. Wochenschrift. 1906. Nr. 42.) V. setzt in sehr instruktiver Weise auseinander, wovon bei der Sehnenüberpflanzung Erfolg oder Mißerfolg abhängt. Wenn man in der Auswahl der Fälle richtig verfährt — umschriebene Lähmungen; bei progressiven Affektionen langsam verlaufende, zu Stillständen neigende Fälle —, wenn man den Operationsplan richtig aufstellt, die Operationstechnik beherrscht und die Nachbehandlung sachgemäß leitet, dann wird man mit den Transplantationen sehr befriedigende Resultate erzielen. Grätzer.

H. Hirschfeld, Über akute myeloide Leukämie. (Aus dem städt. Krankenhause Moabit in Berlin.) (Berl. klin. Wochenschrift. 1907. Nr. 25.) H. beobachtete zwei interessante Fälle dieser seltenen Affektion; der eine davon betraf ein 6 jähriges Kind. Die Gesamtdauer der mit hohem Fieber einhergehenden Krankheit betrug hier ca. 6 Wochen. Die hohe Myelozytenzahl, die starke myeloide Metaplasie der Milz und Lymphdrüsen und die myeloiden Wucherungen in anderen Organen bewiesen, daß eine akute myeloide Leukämie vorlag. Der relativ hohe Lymphozytengehalt des Blutes, besonders auch die Menge der großen Leukozyten war charakteristisch für das kindliche Blut. Die großen Lymphozyten zeichneten sich zum Teil durch ihre enormen Dimensionen aus; diese Erscheinung ist bei myeloider Leukämie ziemlich häufig. Die Menge der eosinophilen Elemente im Knochenmark und in der Milz war in diesem Falle kaum gegen die Norm herabgesetzt.

Die Beurteilung des Falles war dadurch kompliziert, daß gleichzeitig eine alte Rachitis, eine kongenitale Lues, sowie eine ausgedehnte Lymphdrüsentuberkulose käsiger Natur bestand. Aber keiner dieser Zustände war unmittelbare Ursache des rapiden Verlaufs der Leukämie, sondern es war die außerordentlich schwere Anämie, die hier zum Tode führte.

Das Kind hatte während des ganzen Krankheitsverlaufes heftige Durchfälle. Diese beruhten nicht, wie man intra vitam vermutet hatte, auf Darmtuberkulose, sondern es fanden sich im Darm leukämische Geschwüre. Grätzer.

P. Sittler, Übertragung von Diphtherie durch dritte Personen. (Aus der Univers.-Kinderklinik zu Straßburg.) (Münch. med. Wochenschrift. 1906. Nr. 18.) S. berichtet über zwei Beobachtungen. In dem einem Falle handelt es sich um Übertragung durch ein gesund bleibendes Kind auf seine Mutter. Ein 2 jähr. Kind, mit Scharlach aufgenommen, wird gegen Diphtherie durch Serum geschützt. Ein neben ihm liegendes Kind erkrankt an Diphtherie. Das injizierte Kind bleibt gesund und wird entlassen, infiziert dann zu Haus seine Mutter, die an typischer Diphtherie erkrankt. Der Fall zeigt wieder, daß ein immunisiertes Kind mit dem Eintritt der Immunität nicht die Fähigkeit verliert, andere Personen

mit den eventuell in seinen Luftwegen persistierenden Bazillen zu infizieren. Im zweiten Falle fand Übertragung von der Brustwarze einer stillenden Mutter auf den Säugling statt. Ein 2jähr. Kind wird nach überstandener Diphtherie nach Haus entlassen, wo die Mutter nach einigen Tagen niederkommt. Einige Tage darauf entsteht auf einer Brustwarze eine Schrunde. Das Neugeborene wird trotzdem weiter gestillt und akquiriert eine schwere Diphtherie, an der es stirbt. Die Mutter bleibt gesund, etwas von der Schrunde der Brust entnommener Eiter enthält typische Diphtheriebazillen.

Grätzer.

R. Kreuzeder (Ottobeuren), Phlegmone als Komplikation von Varizellen. (Münch. med. Wochenschrift. 1906. Nr. 31.) Das 9 Monate alte Kind, kräftig und gut genährt, bekam eine Phlegmone am rechten Arm und ging an dem septischen Prozeß und einer zum Schluß auftretenden katarrhalischen Pneumonie zugrunde.

Der geschwürige, gangränöse Prozeß muß hier eine direkte Folge der einen Varizellenpustel gewesen sein; eine Infektion von außen erschien bei dem sauber gehaltenen Kinde nahezu ausgeschlossen.

Grätzer.

C. Pfeiffer, Über das Chlorom des Schädels, ein typisches Krankheitsbild. (Aus dem städt. Krankenhause zu Frankfurt a. M.) (Münch. med. Wochenschrift. 1906. Nr. 39.) Das Chlorom ist eine recht seltene Geschwulstform; bisher waren nur 41 Fälle bekannt, die, mit Ausnahme eines einzigen, erst auf dem Sektionstische diagnostiziert wurden. Und doch ist es gar nicht so schwer, das Chlorom in vivo zu erkennen, da ein umschriebener Symptomenkomplex bei bestimmtem Sitze der Geschwulst das Krankheitsbild scharf präzisiert.

Das Chlorom entwickelt sich — ausgehend von Periost oder dem Knochenmark — an bzw. in den Knochen des Schädels, dem Sternum, den Rippen und der Wirbelsäule und erzeugt hier gelbgrüne, bisweilen grasgrüne flache Tumoren; manchmal finden sich gleichzeitig oder seltener allein, d. h. ohne Beteiligung des Skeletts, die Lymphdrüsen, Tonsillen, Thymus erkranken oder es sind einzelne Stellen innerer Organe von den Tumoren durchsetzt (Leber, Nieren, Milz, seltener Mamma, Ovarien, Prostata, Nebenhoden, Lunge, Herzbeutel, Epiglottis, Harnblase usw.). Der häufigste primäre Sitz aber ist der an den Knochen des Schädels, insbesondere seiner Nebenhöhlen, und diese Fälle sind es, die klinisch ein prägnantes Bild ergeben. Dasselbe trat auch bei dem von P. beobachteten Falle, der ein 4jähr. Kind betraf, in charakteristischer Weise hervor. P. schickt der Beschreibung eine Epikrise nach, aus der wir folgende Abschnitte herausgreifen:

„Betrachten wir den klinischen Verlauf des Falles epikritisch, so hatte sich bei einem 4jähr. Jungen ein Krankheitsbild entwickelt, das mit Ohreiterung und zunehmender Taubheit auf dem rechten Ohr begann, den Jungen deshalb zuerst zum Ohrenarzte führte, und an das sich in kurzem hochgradiger symmetrischer Exophthalmus mit Chemosis und schweren Sehstörungen zuerst links, dann rechts anschloß und bei dem besonders die starke Druckschmerzhaftigkeit der Bulbi auffiel. In kurzem entwickelte sich hochgradige Blässe, es kam infolge der

Anämie zu Blutungen in die Netzhaut beiderseits und unter auffallender Apathie und großer Reizbarkeit des Kindes entwickelten sich Drüsen an beiden Kieferwinkeln, Schwellungen der Schläfengegend beiderseits, und nach kaum 4 monatlichem Kranksein trat unter zunehmendem Marasmus der Tod ein, nachdem eine probeweise ausgeführte Eröffnung des Schädels zu keinem Resultat geführt hatte. Erst die Sektion zeigte als Ursache des Exophthalmus graugrüne Tumoren im retrobulbären Gewebe, sie zeigte graugrüne flache Geschwülste in der Dura entlang den großen Blutleitern, ähnliche Neubildungen vor der Brustwirbelsäule, am Sternum und als Endursache des ganzen Prozesses eine ausgedehnte Durchsetzung des ganzen rechten Felsenbeins und Warzenfortsatzes mit Chloromgewebe, an das sich eine chloromatöse Veränderung der linken Tonsille, der Drüsen an beiden Halsseiten, im Mediastinum und die Entwicklung umschriebener Chloromherdchen in Leber und beiden Nieren angeschlossen hatte. Im Vordergrunde des klinischen Bildes stand demnach der rätselhafte schmerzhafte beiderseitige Exophthalmus mit fast völliger Erblindung, die Taubheit auf dem rechten Ohr, die Schwellung an den Schläfenbeinen, die Schwellung der Drüsen an beiden Kieferwinkeln und vor allem die hochgradige Blässe der Haut und Schleimhäute bei einem im jugendlichsten Alter stehenden Patienten. Gerade diese Erscheinungen sind es, die in den einzelnen Beobachtuugen des Chloroms am Schädel sich stets wiederholen und demnach als typische Kennzeichen der Erkrankung bezeichnet werden müssen. Insbesondere ist der einseitige oder meist doppelseitige, gewöhnlich völlig symmetrisch entwickelte schmerzhafte Exophthalmus mit nachfolgender Atrophia nervi optici charakteristisch; er stellt sogar häufig das erste Symptom der Erkrankung dar."

„Allen diesen Fällen ist mehr oder weniger charakteristisch das Übergreifen der retrobulbären Tumoren auf die Muskeln, das Fettgewebe der Orbita und die Lider. Die Nerven und Gefäße werden von der Neubildung eingemauert, der Knochen der Augenhöhle ebensowenig ergriffen als der Bulbus selbst, in dem die Geschwulst nie beobachtet ist. Die Tumoren können ein solch ausgedehntes Wachstum in der Orbita annehmen, daß sie den Bulbus völlig zur Seite drängend, neben demselben nach außen wachsen."

„Das zweite Symptom, d. h. die Entwicklung des Tumors im Schläfenbein mit Ohreiterung, Ohrblutungen, Ohrensausen und Herabsetzung des Hörvermögens, mit Schwellung und Druckempfindlichkeit am Warzenfortsatz ist unter 42 Chloromfällen des ganzen Skeletts 25 mal, also in rund 60 % sämtlicher Chloromfälle und zwar ebenfalls meist doppelseitig angeführt. Auch Störungen des Gleichgewichts infolge Erkrankung der halbzirkelförmigen Kanäle, Schwindelgefühl, sind mitgeteilt; Fazialislähmung infolge Verwachsung des Nerven bei seinem Durchtritte durch die Schädelbasis mit den chloromatösen Wucherungen ist wiederholt beobachtet. Gleichzeitig mit den Symptomen von Gehörerkrankung findet sich häufig ein- oder meist doppelseitig eine Vorwölbung in der Schläfengegend, die auf Entwicklung der Tumoren im Periost des Schädels und den Temporalmuskeln beruht und dem Gesicht ein eigentümliches Aussehen verleiht. Nicht selten kommen — wie in unserm Falle — zu diesen Veränderungen des

Gehörorgans und seiner Umgebung solche der Nase; es kommt infolge der Neubildung zu heftigen, manchmal tödlichen Nasenblutungen, die Luftzufuhr durch die Nase kann erschwert sein, so daß die Patienten mit offenem Munde zu atmen gezwungen sind. Die Sektion zeigt dann gewöhnlich Chloromentwicklung im Siebbein, Keilbein, den Kieferhöhlen oder dem Nasenrachenraum."

In dritter Linie fällt an den Chloromkranken die hochgradige Anämie auf, die besonders in der zweiten Hälfte der Erkrankung in die Augen tritt und bei genauer Untersuchung häufig das Bild der typischen akuten Leukämie mit enormer Vermehrung der großen Lymphozyten zeigt; die Leukämie kann ganz plötzlich, oft erst kurz vor dem Tode einsetzen und führt meist zu Blutungen unter die Haut, die Schleimhäute, die Nieren, im Magen, Darm, Harnblase, Lunge, Netzhaut. Gleichzeitig entwickeln sich meist zahlreiche kleinere und größere Drüsenpakete am Hals, im Mediastinum, im Abdomen, bestehend aus einzelnen mehr weniger grün gefärbten Knoten; es tritt Schwellung der Milz auf, so daß nicht selten die Diagnose wirklich auf gewöhnliche Leukämie gestellt wird.

Als vierten Punkt möchte ich das jugendliche Alter der Patienten anführen. Unter 33 Fällen, in denen ich eine Altersangabe finden kann, entwickelte sich die Geschwulst 28 mal zwischen dem 1. und 25. Jahre, darunter 5 mal zwischen dem 1. und 4. Lebensjahre, 8 mal zwischen dem 6. und 10. Im höheren Alter ist die Geschwulst am Schädel sehr selten: Vorwiegend ist das männliche Geschlecht betroffen. Der Verlauf ist gewöhnlich ein so rascher, daß in kurzer Zeit, teils infolge von allgemeinem Marasmus, teils infolge von Blutungen, meist nach 3—4 Monaten der Tod eintritt." Grätzer.

O. Ehrhardt, Über die diphtherische progrediente Hautphlegmone. (Münch. med. Wochenschrift. 1907. Nr. 26.) E. teilt 4 Fälle mit, welche zeigen, daß es sich um ein typisches, leicht zu erkennendes Krankheitsbild handelt, dessen Diagnose von weittragender Bedeutung für Prognose und Therapie ist.

Das Leiden tritt bei Kindern während der ersten Lebensjahre auf. Es scheint mit Vorliebe schwächliche, wenig widerstandsfähige Individuen zu befallen, doch sind auch kräftige Kinder nicht dagegen geschützt. Die eigentliche Ursache der Erkrankung sehen wir in dem Eindringen des Diphtheriebazillus in die Haut. Als Eingangspforte kommen kleine Exkoriationen in Betracht. Dabei muß allerdings auffallen, daß die Exkoriationen nicht den Eindruck einer schwer infizierten Wunde machen, daß sie insbesondere keine der für Wunddiphtherie charakteristischen Veränderungen erkennen lassen. Die Infektionserreger müssen sofort in die tieferen Schichten der Kutis und Subkutis verschleppt sein und sich hier über der Faszie auf dem Lymphwege weiterverbreiten.

Träger der Diphtheriebazillen wird in der Regel der Patient selber sein, der eine Rachendiphtherie überstanden hat und mit infizierten Händen die Erreger sich in die Haut einimpft. In zwei Fällen war Rachendiphtherie nachweisbar, in den beiden anderen waren klinische Zeichen einer Rachenerkrankung nicht bemerkt worden. Es

ist wohl denkbar, daß die Erkrankung auch durch diphtheriekranke Angehörige übertragen werden kann.

Die Infektion scheint sofort mit stürmischen Symptomen unter hohem Fieber und mit schwerer Beeinträchtigung des Allgemeinbefindens einzusetzen. Lokal tritt ein Infiltrat der Subkutis auf, das rasch nach allen Seiten flächenhaft fortschreitet und bei seiner Erweichung zu einer Lösung der Haut vor der darunter liegenden oberflächlichen Faszie führt. Die Haut erscheint dabei flammendrot, injiziert, polsterartig ödematös. Bei der Palpation fühlt man in der Tiefe das harte Infiltrat, die Finger lassen dellenartige Vertiefungen zurück. Nirgends kommt es zur Ausbildung größerer Abszesse, die Inzision entleert nur wenig dünnflüssigen Eiter.

Inzidiert man das Infiltrat, dann sieht man, daß die Haut in ihrer ganzen Dicke über weite Bezirke gelöst ist. Nach allen Seiten gelangt man in tiefe Taschen, die noch vereinzelte, leicht trennbare Verbindungsstränge zwischen Subkutis und oberflächlicher Faszie zeigen. Diese flächenhafte Unterminierung der Haut schreitet in einigen Stunden oder Tagen weiter fort, nirgends aber zeigte sich in E.s Fällen die Tendenz, die Faszie zu durchbrechen. Man weiß bei der Inzision nicht recht, wie man den Einschnitt begrenzen soll, nach allen Seiten dringt die Schere mühelos vor und läßt enorme Inzisionen ausführen, als ob man einen den Körper umhüllenden Sack spaltet.

Eine so weitgehende Ablösung der Haut von ihrer ernährenden Unterlage führt natürlich zu bedeutenden Zirkulationsstörungen in der Kutis. Dunkelblaurote Verfärbung kündigt die Gangrän an, die große Bezirke der Haut zerstören und zur Abstoßung bringen kann. In zwei Fällen wurden große Hautpartien gangränös, dem entsprach in dem geheilten Fall die Narbenbildung.

Die Diagnose ist leicht, da ein einziger Ausstrich der Ödemflüssigkeit genügt, um die Diphtheriebazillen nachzuweisen. Das klinische Bild kann an gewisse Formen erysipelatöser Phlegmone erinnern, die man ebenfalls bei Kindern vereinzelt sieht. Bisweilen können Komplikationen, die der Diphtherie eigentümlich sind (Otitis media, Nephritis), oder die diphtherische Rachenerkrankung Familienangehöriger den Verdacht einer Hautdiphtherie nahelegen.

Die Prognose scheint sehr ungünstig. Von 4 Fällen sind 2 gestorben. 2 Fälle heilten nach schwerem wochenlangem Krankenlager aus unter Bildung großer kallöser Narben.

Autor hatte aus theoretischen Gründen — die Fälle kamen so spät zur Diagnose, daß man eine Wirkung des Behringschen Serums kaum noch erwarten konnte — die Serumbehandlung unterlassen. In künftigen Fällen würde er selbst noch in spätesten Stadien die Serumbehandlung einleiten, schon weil die chirurgische Therapie keine besonderen Erfolge aufweist.

Grätzer.

A. Codivilla, Über die Behandlung des angeborenen Schiefhalses. (Arch. f. Orthop., Mechanother. u. Unfallschir. Bd. 5. S. 71.) C. erzielte bei der Behandlung des angeborenen Schiefhalses die besten Resultate immer in den Fällen, in denen es ihm möglich war, das auf das unbedingt Notwendige reduzierte operative

Vorgehen mit einer ausgiebigen und akkuraten Nachbehandlung zu kombinieren. Gewöhnlich wurde der Sternokleidomastoideus oberhalb des unteren Ansatzes des Muskels mit Hilfe der offenen Myotomie durchtrennt, in einigen Fällen geschah die Trennung im oberen Abschnitt des Muskels nach dem Vorgehen von Fumagalli und Lange. In einem Falle mußte die Myotomie an beiden oben erwähnten Stellen vorgenommen werden, mitunter wurde ein größerer Anteil des Muskels exstirpiert. Die subkutane Myorrhexis nach Lorenz wurde in zwei Fällen, jedoch ohne Erfolg, versucht. Statt des Fingerdruckes kann man zur Durchtrennung des Muskels einen „Myoklasten" benutzen, mit dem man, ohne die Haut zu verletzen und die großen Gefäße zu gefährden, die Muskelbündel trennen und so die Distension der Weichteile ermöglichen kann. Der Trennung des Muskels als erstem Akt der Operation folgt ein vorsichtiges und mäßiges Redressement. In zwei Fällen beobachtete C. während eines etwas brüsk vorgenommenen Redressements einen Kollaps, der ihn zum sofortigen Einstellen solcher Manöver nötigte. Dagegen wurde der Gipsverband immer in einer leicht überkorrigierten Stellung angelegt. Übermäßige Korrekturen wurden immer vermieden. Zur größeren Vorsicht wurde eine Teilung des Gipsverbandes in eine vordere und hintere Klappe in der Weise bewerkstelligt, daß zwei Giglische Sägen über die Polsterung gelegt und nach dem Hartwerden des Gipsverbandes herausgenommen wurden. Der Gipsverband blieb 10—12 Tage liegen und wurde dann durch einen kompressiven Extensionsverband aus roher Baumwolle ersetzt. Diese Maßnahmen trugen gewiß viel zur Besserung der Resultate bei, am meisten aber, wie C. glaubt, die sofort nach Entfernung des Gipsverbandes begonnene Bewegungsbehandlung, die er namentlich mit Hilfe eines von ihm nach Art des Schulthessschen Systems besonders konstruierten Pendelapparates betreiben läßt. Der Apparat ermöglicht eine gute Fixation der Schulter und des Kopfes mit Extension der Halswirbelsäule. Kopf und Hals werden in geeigneter Stellung erhalten, damit die Bewegung im Sinne eines Redressements ausfallen könne; Beugung, Streckung, seitliche Neigung, Rotation, sowie kombinierte Bewegungen können anstandslos ausgeführt werden. Der Kopf kann in geneigter, mithin hyperkorrigierter Stellung Bewegungen ausführen.

Joachimsthal (Berlin).

Hermann Gocht, Die Tenotomie der Kniebeugesehnen bei elektrischer Reizung der Muskeln. (Zeitschr. f. orthopäd. Chir. Bd. 17. S. 150.) G. empfiehlt behufs Vermeidung einer Mitverletzung des Nervus peroneus bei der subkutanen Tenotomie der Kniebeugesehnen die Anspannung aller Muskeln und Sehnen durch einen kräftigen faradischen Strom. In allen den Fällen aus G.s Beobachtung, in denen die Kniegelenkskontraktur eine absolut feste ankylotische war (also bei entzündlichen Ankylosen), wurden bei der vorhandenen Kontrakturstellung die Muskeln zu einer energischen Anspannung durch den faradischen Strom gezwungen, während die Nerven usw. unbeeinflußt blieben. In den anderen Fällen, in welchen bei der Kontrakturstellung noch Beweglichkeit vorhanden war, wurde das Kniegelenk möglichst bis zum rechten

Winkel oder noch darüber hinaus gebeugt, um so die Nerven usw. möglichst zu entspannen. Dagegen wurden die Muskeln durch den faradischen Strom wieder zu einer sehr kraftigen Kontraktion gezwungen.

Der Operateur steht in der Verlängerung des Oberschenkels unten am Tisch und palpiert mit der Linken außen die Bizepssehne, mit der Rechten umgreift er das Kniegelenk von innen und stößt das Tenotom auf der Höhe der vorspringenden Bizepskulisse ein und führt dasselbe subkutan nach außen. Nun wird etwa zwei bis drei Finger breit oberhalb der Kniegelenkslinie der sehnige Teil des Musc. biceps, lateral von außen nach innen sägend, durchtrennt so tief, bis man nicht mehr das Gefühl eines festeren Widerstandes unter der Tenotomschärfe hat. Das Tenotom wird dabei fast senkrecht geführt. Der eine elektrische Pol liegt dabei in der Kreuzbeingegend, der zweite kleinere in der oberen Hälfte des Musc. biceps unterhalb des Tuber ischii. Der faradische Strom muß für eine Reizung des Bizeps stets recht kräftig genommen werden, während z. B. der Musc. semimembranosus und semitendinosus usw. auf viel geringere elektrische Ströme hin kräftig angespannt werden.

So hat G. in den letzten $1^1/_2$ Jahren alle Tenotomien in der Kniebeuge unter dem faradischen Strom ausgeführt und niemals eine Nerven- oder sonstige Nebenverletzung zu beklagen gehabt.

Es ist selbstverständlich, daß sich diese Methode, unter dem elektrischen Strom Sehnen und Muskeln subkutan zu durchschneiden, auch auf alle übrigen Teile des menschlichen Körpers bei Gelegenheit mit Vorteil übertragen läßt. Joachimsthal (Berlin).

S. Cohn, Fall von Meningitis tuberculosa traumatica. (Aus dem städt. Krankenhaus am Urban zu Berlin.) (Ärztl. Sachverständigen-Ztg. 1907. Nr. 13.) Ein 7jähr. Knabe, hereditär belastet (als kleines Kind hat er Masern und Keuchhusten durchgemacht, in den letzten Jahren schwitzte er zuweilen nachts stark, war aber sonst munter), fiel am 8. November 1906 rücklings die Kellertreppe herunter und trug eine Beule am Hinterkopf davon. Seitdem klagte er über heftigen Kopfschmerz vorn oberhalb der Nasenwurzel, ging aber noch 10 Tage in die Schule. Dann wurde er aber immer matter und wurde am 22. November dem Krankenhaus zugewiesen. Hier wurde tuberkulöse Meningitis konstatiert, und am 7. Dezember trat der Exitus ein.

Daß der Knabe schon vor dem Trauma tuberkulös war, zeigte die Sektion, die eine ältere Bronchialdrüsen- und geringe Lungentuberkulose aufdeckte. Die Tuberkulose hatte aber vorher keine klinischen Erscheinungen gemacht, bis das Trauma eintrat. Man fand bei der Sektion ein von der Tabula vitrea des Stirnbeins abgesprengtes und mit der Hirnhaut verwachsenes Knochenstück, ein direkter Beweis für das stattgefundene Trauma. Letzteres bewirkte zuerst Kopfschmerzen an der Stelle des abgesprengten Knochenstückes, und 12—14 Tage später zeigten sich die ausgesprochenen Erscheinungen einer meningealen Infektion, deren Diagnose jetzt klargestellt werden konnte. Der Verlauf entsprach also durchaus demjenigen bei experi-

mentell erzeugten Fällen, so daß mit derselben Sicherheit wie aus einem positiv ausgefallenen Experiment auch aus obiger Beobachtung die Entstehung einer tuberkulösen Meningitis infolge eines Traumas bei einem bereits vorher tuberkulös infizierten Individuum erschlossen werden kann.

Grätzer.

C. Keller, Die Nabelinfektion in der Säuglingssterblichkeit der Jahre 1904 und 1905 nach den Aufzeichnungen des statistischen Amtes der Stadt Berlin. (Zeitschrift f. Geburtshilfe u. Gynäkologie. 1906. Bd. 58.) Der Berliner Frauenarzt Carl Keller hat am 29. Juni 1906 in der Gesellschaft für Geburtshilfe und Gynäkologie zu Berlin einen Vortrag mit Demonstrationen von Tabellen und Kurven gehalten und die Ergebnisse seiner umfangreichen Studien in einer ausführlichen Arbeit niedergelegt. Das grundlegende Material entstammt den ärztlichen Totenscheinen Berlins, denen auf K.s Antrag vor etwa 3 Jahren vom Polizeipräsidium für die Sterbefälle des ersten Lebensmonats eine entsprechende Fragestellung über den jeweiligen Zustand des Nabels eingefügt war, die folgende Fassung hatte:

„Bei Kindern im ersten Lebensmonat Beschaffenheit

Zutreffendes unterstreichen {
a) der Nabelschnur: abgefallen, nicht abgefallen, frisch, eingetrocknet, faulig.
b) des Nabels: verheilt, nicht verheilt, entzündet, eitrig."

Die tabellarische Zusammenstellung aller innerhalb des ersten Lebensmonates während der Jahre 1904 und 1905 in Berlin verstorbenen Säuglinge ist einerseits nach der Beschaffenheit der Nabelschnur und des Nabels, anderseits nach den entsprechenden Todesursachen unter Berücksichtigung der ehelichen und außerehelichen Abstammung geordnet; eine Erweiterung der Trennung auf die Geschlechter erwies sich als unwesentlich und bedeutungslos.

Aus der Durchsicht dieser Tabelle ergibt sich, daß in den zwei Jahren (1904 und 1905) zu Berlin innerhalb des ersten Lebensmonats 7045 Säuglinge starben (5232 eheliche, 1813 außereheliche), bis zum Ende des ersten Lebensjahres 19952 (15322 eheliche, 4630 außereheliche); also etwa ein Drittel der Todesfälle des ersten Lebensjahres erfolgt schon innerhalb des ersten Lebensmonats, bei den außerehelichen sogar $^2/_5$. „Zu demselben Resultate gelangt man, wenn für beide Zeitabschnitte die Prozentsätze der Todesfälle zu der Summe der Lebendgeburten berechnet werden." Zieht man die Fälle von an Lebensschwäche Gestorbenen (Mißbildungen, Frühgeburten, Geburtsverletzungen) ab, so „kommt auch dann immer noch auf den ersten Lebensmonat $^1/_5$—$^1/_4$ der Zahl der Todesfälle des ersten Lebensjahres." ... „Das große Übergewicht der Säuglingssterblichkeit im ersten Lebensmonat ändert sich ebensowenig, wenn man in entsprechender Weise die Todesfälle an Erkrankungen des Verdauungstraktus, der Luftwege und derjenigen an Lues in Abzug bringt. Die schließliche Restsumme des ersten Lebensmonats bleibt zwischen $^1/_5$ und $^1/_4$ der Sterblichkeit des ersten Lebensjahres an sich, wie auch prozentualiter zu der Zahl der Lebendgeburten."

Hinsichtlich der Störungen des Nabelabheilungsprozesses konnten

fast drei Viertel der Angaben, 5152 Fälle (3978 eheliche, 1174 außereheliche), verwertet werden; vor Beginn des Nabelabheilungsprozesses (Nabelschnur frisch) starben 1508 Säuglinge (= 29 %), während desselben 1384 (= 27 %), nach Ablauf desselben (Nabelschnur abgefallen, Nabel verheilt) 2260 (= 44 %). Der Vergleich zeigt also, daß etwa $^3/_{10}$ der im ersten Lebensmonat verstorbenen Säuglinge schon bald nach der Geburt, vor Beginn des Nabelabheilungsprozesses, ungefähr ebensoviel während und $^4/_{10}$ nach Ablauf desselben verstarben.

Als Todesursachen kommen für den ersten Zeitraum nur Lebensschwäche, ferner Lues und Nabelblutung in Betracht; für die während des Nabelabheilungsprozesses verstorbenen Säuglinge findet sich als Todesursache Nabelentzündung, infektiöse Nabelblutung, Blutvergiftung, Starrkrampf und Bauchfellentzündung notiert. Einzelheiten über die Zahlenverhältnisse mag man aus den Tabellen in der Originalarbeit ersehen. Das Ergebnis der Berechnung erhellt aus folgenden Sätzen K.s: „Mindestens jeder siebente der verstorbenen ehelichen Säuglinge litt also an einer Nabelinfektion, die bei jedem vierzehnten tödlichen Ausgang nahm. Unter den Außerehelichen erhöht sich diese Häufigkeit bis auf jeden 5. bzw. 10. verstorbenen Neugeborenen.“ In 16,8 % der Fälle war „Nabelinfektion überhaupt“ als Todesursache nachweisbar. K. meint aber, daß auch „ein Teil der Todesfälle von Lebensschwäche (59 %) noch der Nabelinfektion zugute kommt“ und begründet dies näher.

Für die Zeit nach Ablauf des Nabelabheilungsprozesses kommt als Todesursache zunächst in mehr als ein Drittel der Fälle (40,6 %) Magendarmerkrankung in Betracht, nächstdem Lebensschwäche (26,0 %). Die Todesfälle an Blutvergiftung, Starrkrampf und Bauchfellentzündung in diesem Zeitabschnitt (1,6 %) kann man auch hier noch auf Rechnung einer vorher erfolgten Nabelinfektion setzen; so berechnet K.: „Der fünfte der während der Nabelabheilung verstorbenen Säuglinge hatte also eine Nabelinfektion, die unzweifelhaft bei jedem zehnten, event. aber auch öfter, zum Tode führte.“

K. geht aber in seinen Schlußfolgerungen noch weiter und meint, daß der Prozentsatz an Nabelinfektionen „sich noch um eine gewisse Anzahl der unter ‚Lebensschwäche‘ vermerkten Todesfälle der zweiten, wie der dritten Periode des ersten Lebensmonats erhöht.“ . . . „Für die Zeit während der Nabelabheilung erhalten wir dann schon eine Häufigkeit der Nabelinfektion überhaupt von etwa 50 %, d. h. jedes zweite während dieser Zeitperiode verstorbene Kind litt an einer Nabelinfektion, die mit der Todesursache mehr oder weniger in Verbindung gestanden haben kann.“

Weiterhin hat K. das jeweilige Verhältnis der angegebenen Prozentsätze zu der jährlichen Zahl der Lebendgeborenen berechnet, in 3 Tabellen erläutert und daraus folgende Schlüsse gezogen: „Nehmen wir die mittleren Werte als die wahrscheinlichsten an, so erhöht sich die Frequenz des Nabelinfektionstodes während und nach der Nabelheilung auf 1,3 % ehelich, 2,25 außerehelich, 1,4 % in Summa der Lebendgeburten. Da in Berlin jährlich über 41000 eheliche, 8000 außereheliche, in Summa also über 49000 Kinder pro Jahr geboren werden, so würde dieses einer jährlichen Sterblich-

keitsziffer von 533 ehelichen, 180 außerehelichen, in Summa 713 Neugeborenen entsprechen.“

Am Schlusse heißt es dann: „Machen wir also für den Kindestod in dem ersten Lebensabschnitt vorzugsweise angeborene oder in der Geburt erworbene Schädlichkeiten verantwortlich, so muß der Nabelinfektion und ihren Folgen ein Gleiches für den zweiten Zeitabschnitt gelten, während die Gefahr der Verdauungsstörungen erst in dem dritten beginnt. Mit andern Worten: dieselbe Sorgfalt, welche seitens der Kinderärzte für die Verhütung der Magendarmerkrankungen gefordert wird, ist in gleicher Weise für die Nabelpflege zu verlangen, und nur diejenige Säuglingsfürsorge ist eine vollkommene, welche dieser beiderseitigen Prophylaxe gerecht zu werden bestrebt ist.“

Auf die praktische Durchführung der Nabelprophylaxe wird am Schluß der Arbeit hier nur kurz eingegangen; in der Deutschen Klinik und den Graefeschen Heften hat K. schon früher ausführliche Erörterungen über die Behandlung des Nabels der Neugeborenen niedergelegt. Er hält die von Budbergsche Methode, d. h. den Alkoholverband für das einfachste und beste. „Entsprechend zurecht geschnittene Mullläppchen werden sterilisiert, dann in einer kleinen Schale mit 96 % Alkohol aufgehoben, direkt vor dem Gebrauche derselben entnommen, ausgedrückt und um den Nabel gelegt. Die kindliche Haut verträgt den Alkoholverband an sich ausgezeichnet. . . . Den Hauptvorteil sehe ich darin, daß die sterile Verbandgaze bis zu dem Gebrauche genügend gegen Verunreinigung geschützt ist. Daneben kommt die austrocknende und desinfizierende Kraft des Alkohols wenigstens für einige Zeit länger zur Wirkung als beim einfachen Betupfen. Der Alkohol verdunstet unter dem Einfluß der Körperwärme allmählich; dann bleibt ein rein aseptischer Verband zurück, welcher den Anforderungen genügt“ usw.

Zum Schlusse wird noch eine Zusammenstellung gebracht, „in welcher der erste Lebensmonat dem ersten Lebensjahre und der jährlichen Gesamttodeszahl an Erwachsenen und Kindern überhaupt gegenüber gestellt wird.“

Anmerkung: In den Verhandlungen der Gesellschaft für Geburtshilfe und Gynäkologie zu Berlin heißt es im Anschluß an den Bericht über K.s Vortrag (Zeitschrift f. Geburtshilfe u. Gynäkologie. Bd. 58. S. 526):

„Zum Schlusse demonstriert der Vortr. noch eine Reihe von Fieberkurven von Säuglingen mit Nabelinfektion. Sie entstammen dem Material der von ihm geleiteten geburtshilflichen Abteilung des Charlottenburger Krankenhauses. Seit April 1906 wird auf seine Anordnung jedes Kind täglich 2 mal per Rectum gemessen. Nur diesem Verfahren war es zu verdanken, daß diese Erkrankungsfälle bemerkt wurden. Örtliche Erscheinungen fehlten oder beschränkten sich auf eine geringe Rötung des Hautrandes. Die Diagnose konnte nur per exclusionem gestellt werden. Unter den vorgelegten Fällen sind vertreten: Temperatursteigerungen bis 38,5, 39,5, 40,5, Fieberzeiten von 1—3—5 Tagen. Bei den höheren Graden und längerer Dauer wurde gleichzeitig eine ungewöhnlich große, sowie rasche Gewichtsabnahme beobachtet, welche bei einem Kinde innerhalb 3 Tagen 1¼ kg betrug. Alle Kinder sind genesen. Die Entfieberung erfolgte meist vor dem Nabelschnurabfall oder gleichzeitig mit diesem, selten nachher. Die Behandlung bestand in der Anwendung des beständigen Alkoholverbandes, welcher alle 2 Stunden gewechselt wurde. Das Baden wurde sofort ausgesetzt. Diese Fälle beweisen augenscheinlich die Notwendigkeit einer regelmäßigen Vornahme täglicher Temperaturmessungen des neugeborenen Kindes mindestens bis zum Abschluß der Nabelverheilung.“

Wie in der Diskussion, bei der sich niemand zum Wort meldete, will ich mich auch hier auf einen Bericht beschränken und jeder Kritik enthalten; doch scheint es mir wünschenswert, wenn sich einige Kinderärzte zu den Beobachtungen K.s äußerten. Wegscheider.

Cohn, Adenoide Vegetationen und Schwerhörigkeit. (Zeitschr. f. Ohrenhlkd. Bd. 52. Heft 3.) 1573 Schüler wurden von dem Verf. auf ihr Hörvermögen untersucht, schwerhörig waren von diesen 315 = 18 %. Die Schwerhörigkeit war bei diesen 315 Fällen 165 mal, also in 52,4 % durch adenoide Vegetationen bedingt. Bemerkenswert war, daß bei einer großen Anzahl von Schülern weder diesen selbst noch ihren Lehrern die Hörstörung aufgefallen war, ein Zeichen der Notwendigkeit methodischer Untersuchungen aller Kinder zu Beginn des Schuljahres. A. Sonntag.

Kissi, Über die otitische Dyspepsie der Säuglinge. (Archiv f. Ohrenhlkd. Bd. 70. Heft 1 u. 2.) Verf. hat in seiner Praxis auf Formosa im letzten halben Jahre 15 Fälle von otitischer Dyspepsie behandelt, von denen 4 entstanden waren nach Masern, 1 nach Bronchitis, bei 10 Fällen war keine Ursache herauszufinden. Außer den bekannten Symptomen, wie Verstimmung, Appetitverminderung, Verdauungsstörung, Diarrhöe, Erbrechen und Abmagerung sind noch besonders wichtige Erscheinungen Lebervergrößerung und Zähneknirschen. Solange das Trommelfell intakt ist, nimmt die Lebervergrößerung nicht ab, und die Konsistenz bleibt hart. Sobald der Eiter in der Paukenhöhle sich zu stauen anfängt, knirscht das Kind mit den Zähnen. Starke entzündliche Erscheinungen kommen bei otitischer Dyspepsie nicht vor, es soll sich nur starke Treibung und Wölbung zeigen. Verf. stellt sich die Entstehung der Dyspepsie so vor, daß das in der Paukenhöhle gebildete Sekret durch die Tube in den Verdauungskanal gelangt. A. Sonntag.

Bernheimer, Zur Behandlung der Gonoblennorrhoe. (Monatsbl. f. Augenheilk. März 1906.) Verf. hält für das beste Mittel zur Behandlung der Gonoblennorrhöe das Airol, das in Pulverform eingestreut, ohne dem Auge zu schaden, in längere und innigere Berührung mit der Bindehaut kommt. Das Argentum nitricum — von dessen Surrogaten ist er ganz abgekommen — verwendet er nur im Anfangsstadium, und zwar ohne gleichzeitige Anwendung von Kälte, da letztere die Hornhaut leichter verletzlich macht und die Iris reizt. Im Stadium starker Schwellung und Eiterung ist dagegen das Airol dem Höllenstein überlegen. Seine Anwendungsmethode ist folgende: Nach vorheriger Reinigung und Ausspülung der Bindehaut mit Wasser oder Kochsalzlösung wird auf das ektropionierte Lid ein Löffel Airolpulver gestreut. Bei starker Sekretion wird, wenn das Airol sich mit dem Sekret in einen Brei verwandelt hat, eine weitere Dosis eingestreut und das Lid reponiert. Das Verfahren wird 2—4 mal täglich angewendet. Nach Aufhören der Sekretion wird, um einen Rückfall zu verhüten, noch einige Zeit Argentum nitricum in 1 %iger Lösung eingeträufelt. Schick (München).

Ollendorf, Die Tränensackeiterung der Neugeborenen. (Ophthalm. Klinik. 1907. Nr. 2.) Die Kenntnis der kongenitalen

Tränensackeiterung ist von nicht zu unterschätzender Bedeutung, denn die Erkrankung ist keineswegs so sehr selten und macht oft so wenig charakteristische Symptome, daß sie als solche nicht diagnostiziert wird. Verf. konnte in den letzten zwei Jahren 7 typische Fälle beobachten. Bezüglich der Ätiologie ist wohl eine kongenitale Atresie des unteren Endes des Tränennasenkanals anzunehmen, doch stieß Verf. in 2 Fällen auch auf deutlich rauhen Knochen. Ob hier eine primäre Knochenerkrankung vorlag oder ob ungeschicktes Massieren seitens der Angehörigen Drucknekrose zur Folge hatte, ließ sich nachträglich nicht feststellen.

Für die Diagnose ist man auf die Expression von Eiter aus dem Tränensack angewiesen. Wo Verdacht auf Tränensackeiterung besteht, ohne daß Eiter auszudrücken ist, kann die richtige Diagnose häufig nach Schlitzung eines Tränenröhrchens gestellt werden. Sehr hartnäckige einseitige Bindehautaffektionen bei Neugeborenen lassen eine Beteiligung des Tränensacks als möglich erscheinen. Bezüglich der Behandlung möchte sich Verf. nach seinen Erfahrungen auf den Standpunkt stellen, daß bei diagnostizierter Tränensackeiterung der Neugeborenen möglichst frühzeitige einmalige Sondierung die zweckmäßigste Behandlung ist; event. kann zunächst einige Tage die Behandlung mit Expression und Massage versucht werden. Die Sondierung ist so empfehlenswert, weil sie am schnellsten zur definitiven Heilung führt und weil die Gefahren einer länger dauernden Eiterung sowohl für das betroffene Auge als den Allgemeinzustand nicht übersehen werden dürfen. Die Sondierung — Verf. hatte stets nur eine einmalige nötig — ist sehr wenig eingreifend, und nur bei sehr schlechtem Ernährungszustand des Kindes ein Hinausschieben derselben indiziert. Für die schweren eitrigen Blennorrhöen infolge Tuberkulose des Tränensacks ist die frühzeitige Exstirpation des letzteren das Rationellste. Verf. macht zum Schluß noch darauf aufmerksam, daß man bei sehr hartnäckigen Bindehautkatarrhen und -eiterungen der Neugeborenen, falls keine typische Blennorrhoea neonatorum vorliegt, immer an eine etwa latente Beteiligung des Tränensacks denken soll, besonders wenn die Erkrankung der Bindehaut eine ausgesprochen einseitige ist. Schick (München).

Agricola, Über kongenitale epitheliale Bindehautxerosis. (Klin. Monatsbl. f. Augenhlkd. 1906. Beilageheft.) Verf. berichtet über zwei an der Freiburger Klinik zur Behandlung gekommene Fälle von kongenitaler epithelialer Bindehautxerosis. Der eine betraf ein 8 Jahre altes Kind, das von Geburt an auf einem Auge im äußeren Lidspaltenbereiche am Kornealrande einen weißen auf die Kornea übergreifenden, scharf umgrenzten Fleck von 1 mm Durchmesser zeigte. Seine Oberfläche war glanzlos und rauh, er war etwas prominent und ließ sich leicht auf der Unterlage verschieben und war wie von eingetrocknetem Schaum bedeckt. Das Auge zeigte keinerlei Reizerscheinungen. Der Fleck wurde exzidiert. Auch beim anderen 18 jährigen Kranken fand sich im äußeren Lidspaltenbezirk ein weißer, prominenter, scharf umschriebener Fleck, der den Limbus überragte, von rauher, matter Oberfläche. Die Untersuchung auf

Xerosisbazillen hatte positives Ergebnis. Der Fleck wurde gleichfalls exzidiert. Das Mikroskop ergab eine Schicht chronisch entzündlich infiltrierten, gefäßreichen Gewebes, durchsetzt von Rundzellen und Bindegewebszellen, das Epithel zeigte epidermalen Bau.

Schick (München).

Sylla, Die Behandlung der skrofulösen Hornhautgeschwüre mit 50% Milchsäurelösung. (Wochenschrift f. Therap. u. Hyg. des Auges. 1906. Nr. 51.) Zur Behandlung der Keratitis fascicularis sowie von zerfallenden Infiltraten verwendet Verf. 50% Milchsäurelösung. Er verfährt folgendermaßen: Nach vorausgegangener Anästhesierung der Hornhaut wird Geschwürsgrund, der progressive Halbmond und das Gefäßbündel bis über den Hornhautrand mit in 50% Milchsäurelösung getauchten Watteträgern geätzt. Hierauf Atropininstillation und Verband. Nach der Ätzung auftretende Schmerzen werden durch kalte Überschläge gelindert. Die Abstoßung des Ätzschorfes wird durch Einstreuen von Dionin und durch Applikation warmer Borwasserüberschläge unterstützt und beschleunigt. Nach etwa einer Woche ist der Geschwürsgrund spiegelnd und von zartem grauem Narbengewebe bedeckt. Zu dessen weiterer Aufhellung wird noch einige Zeit mit der Verabreichung von Dionin fortgefahren.

Schick (München).

B) Aus ausländischen Zeitschriften.

F. Alt, Ein Beitrag zur operativen Behandlung der otogenen Fazialislähmung. (Wiener klin. Wochenschrift. 1906. Nr. 43.) Der infolge einer chronisch eitrigen Mittelohrentzündung oder im Anschlusse an eine Radikaloperation der Mittelohrräume gelähmte Nervus facialis zeichnet sich durch seine außerordentliche Regenerationsfähigkeit aus. Nahezu $^7/_8$ aller Fälle gehen auf Massage, Faradisation und Galvanisation nach Wochen, Monaten und selbst nach einem Zeitraume von über einem Jahre gänzlich zurück. Nur etwa $^1/_8$ der Lähmungen trotzt dieser konservativen Behandlung, so daß eine operative Therapie der Fazialisparalyse durch Anlegung einer Anastomose mit dem Nervus accessorius, bzw. dem Nervus hypoglossus indiziert ist, sobald die Lähmung durch 6 Monate bestanden hat und eine Wiederkehr der elektrischen Erregbarkeit als Zeichen einer beginnenden Regeneration nicht nachweisbar ist. Dieser operative Eingriff erscheint auch notwendig, wenn die Ohreiterung zu einer Nekrose des Labyrinths geführt hat und bei der Ausräumung des nekrotisierten Labyrinthgehäuses ein mehrere Zentimeter langes Stück des Nervus facialis mitentfernt werden mußte.

Einen Fall dieser Art hat A. operiert; es handelt sich um ein 6jähriges Mädchen, das seit seinem 2. Lebensjahre an eitriger Mittelohrentzündung nach Scharlach litt. Der Fall zeigte, daß der Fazialis mitunter in krankes Gewebe eingebettet ist, ohne seine Leistungsfähigkeit verloren zu haben, daß aber aus vitalen Rücksichten die Entfernung des kranken Gewebes unerläßlich und die hierdurch bedingte Fazialislähmung unausweichlich ist.

Da eine spontane Regeneration des Fazialis unter diesen Umständen ausgeschlossen war, beabsichtigte A. wenige Tage nach der Operation zur Restitution der Nervenfunktion eine Anastomose zwischen Hypoglossus und Fazialis anzulegen. Aber das Kind erkrankte zu dieser Zeit an Morbillen, und die Operation konnte erst 4 Wochen später zur Ausführung gelangen. Nach 3 Tagen folgten Sprech- und Schluckbeschwerden. Erfolg der Operation: Nach 3 Wochen partielle Wiederkehr der galvanischen Erregbarkeit, nach 10 Wochen Lidschluß bis auf eine ganz schmale Spalte; keine Atrophie der Gesichtsmuskulatur; fast vollständige Ausgleichung der Gesichtsasymmetrie in Ruhestellung, Asymmetrie nur beim Sprechen und Lachen bemerkbar.

Grätzer.

H. v. Schrötter (Wien), Zur Bronchoskopie bei Fremdkörpern. (Wiener klin. Wochenschrift. 1907. Nr. 26.) Es gelang v. Sch. bei einem 10 Monate alten Kinde, durch äußere Umstände (Fehlen eines Tubus von entsprechenden Dimensionen) um einen Tag verzögert, ein scharfkantiges Knochenstück von auffallender Größe (Dimension 9 × 11 mm), das sich schließlich an der Teilungsstelle des rechten Bronchus verankert hatte, im Wege der oberen Methode (Tubus von 5 mm Durchmesser und 18 cm Länge, Pinzette) ohne Narkose, ohne Lokalanästhesie mit Sicherheit und schonend zu entfernen; Erscheinungen von Bronchopneumonie mäßigen Grades, Heilung.

Grätzer.

E. Niessner, Über ein neues Operationsverfahren bei Anus vulvovestibularis. (Aus dem Zivilspitale des Deutschen Ritter-Ordens in Troppau.) (Wiener klin. Wochenschrift. 1907. Nr. 27.) Die von N. vorgeschlagene, mit Erfolg bei einem $^1/_2$ jährigen Kinde ausgeführte Methode ist folgende:

Der Hautschnitt reicht von der Steißspitze zur widernatürlichen Afteröffnung und umkreist dieselbe; er legt die Muskulatur des Beckenausganges in übersichtlicher Weise frei. Er verletzt nur einige wenige, vom äußeren Schließmuskel zur Haut ziehende Fasern. Mit einem glatten Elevatorium oder dem Skalpellgriff läßt sich der Mastdarm leicht von der über und hinter ihm gelegenen Muskulatur des Transversus perinei und Levator ani samt der tiefen Beckenfaszie und dem übrigen Gewebe stumpf ablösen. Der Ansatz gegen die Scheide und das höher gelegene Septum rectovaginale gelingt mit wenigen Schlägen einer gebogenen Schere. Dadurch wird der ganze Mastdarm bis zur Steißbeinspitze ohne Verletzung desselben frei beweglich. Eine Kornzange wird durch die Mitte des Sphincter externus durchgeführt, der Schlitz genügend erweitert und der frei bewegliche Mastdarm durchgezogen und mit der äußeren Haut vernäht. Der gegen die Scheide zu liegende, beim Kinde etwa kleinfingerdicke Muskelteil wird durch einige zugleich durch die Haut geführte Nähte mit dem Septum rectovaginale vernäht. Dadurch verändert sich sofort das Aussehen des Perineums, die gleichmäßige runde Wölbung, die man bei der Anomalie beobachtet, wird durch die normale Einziehung des Dammes unterbrochen. Naht der noch offenen Hautwunde. Die Blutung ist keine nennenswerte. Die Ränder der Vaginallücke liegen aneinander und bedürfen keiner Naht. Um nicht durch Kotabgang bei der Opera-

tion gestört zu werden, kann man die Afterausmündung provisorisch verschließen und nach Vollendung der Operation öffnen. Die ganze Ausführung der Operation beansprucht ca. 20 Minuten. Es wird dabei das angestrebt, was bei der embryologischen Entwicklung versäumt wurde, eine Vereinigung der den Damm bildenden und zur Raphe zusammentretenden Analhöcker mit dem Septum rectovaginale und die Bildung eines aus Muskeln bestehenden Dammes. Ein Mißlingen der Operation ist nahezu ausgeschlossen.

Die Vorteile, die das Verfahren gegenüber den früheren Methoden bietet, sind: Sichere Vermeidung von Mastdarmscheidenfisteln, Sicherung der Kontinenz auch in Fällen, in welchen der Sphincter internus unzureichend ist. Bezüglich der Mastdarmverengung werden die Erfahrungen das entscheidende Wort zu sprechen haben. Grätzer.

Emil Neisser, Erbliches Zittern. (Aus dem Allerheiligenhospital in Breslau.) (Wiener klin. Rundschau. 1906. Nr. 42.) Bei einem 10 jährigen Knaben zeigen die Finger, sobald man die Hände ausstrecken läßt, einen starken rhythmischen Tremor, der ganz besonders deutlich wird, wenn man den Patienten einen Gegenstand fassen heißt, und auch die Schrift ersichtlich beeinflußt. Auch die Zunge zeigt deutliches Zittern, endlich sind auch die Füße nicht frei davon. Nystagmus fehlt. Vorhanden sind dagegen noch Spasmen in den Knien und recht starke Patellarreflexe.

Der 54 jährige Vater des Patienten ist ebenfalls mit außerordentlich starkem Tremor an den Händen behaftet und mit sehr heftigem Zungenzittern, und dessen Vater wiederum, sowie eine seiner Schwestern hatten bzw. haben das gleiche Leiden.

Sehr interessant ist, daß die Affektion bei den Vertretern der einzelnen Generationen dem Lebensalter nach immer früher auftrat, bzw. sich in immer früherem Alter störend bemerkbar machte. Der Großvater übte noch ein Handwerk aus, beim Vater des Knaben trat das Leiden erst nach der Militärzeit stärker hervor, bei dem jüngsten „Zitterer" aber erschwert der Tremor schon das Fortkommen in der Schule.

Grätzer.

Winselmann (Krefeld), Erfahrungen aus der Praxis über Appendizitis. (Wiener klin. Rundschau. 1907. Nr. 24 u. 25.) W. kommt auf Grund seiner Erfahrungen zu folgenden Schlüssen:

1. Skrofulöse und tuberkulöse Erkrankung und Belastung spielen in der Pathogenese der Blinddarmkrankheit eine Hauptrolle.
2. Die zur Entstehung der Blinddarmkrankheit erforderliche Prädisposition des Darmes ist durch jene Konstitutionsanomalien in Form minderwertiger Anlage der Darmschleimhaut gegeben.
3. Schwangere erkranken auffällig selten an Blinddarmentzündung.
4. Jauchiges Empyem und Lungengangrän rechterseits im Kindesalter sind häufig die Endausgänge einer latenten Appendizitis mit Paratyphlitis.
5. Bei anscheinend primärem Leberabszeß ist an die Möglichkeit metastatischer Entstehung nach latenter Appendizitis zu denken.
6. Der akute fieberhafte Ileus des frühen Kindesalters beruht stets auf latenter Appendizitis.

7. In akuten Fällen von Appendizitis ist das Verhalten des Peritoneums maßgebend für die Bestimmung des Zeitpunktes des operativen Eingriffes.

8. Die diffuse eitrig-septische Peritonitis ist als vielbuchtiger Abszeß zu betrachten und danach zu behandeln. Der praktische Arzt kann und muß die Technik des einfachen Bauchschnittes beherrschen.

9. Antiskrofulöse Behandlung abgelaufener Fälle von Appendizitis neben einfacher Lebensweise führt oft zu Dauerheilungen. Grätzer.

Arrese, Drei Fälle von Incontinentia urinae, nach der Jaboulayschen Methode behandelt. (Rev. Español de Dermatologie. Ref.: Rev. de Med. y Cir. Práct 21. Febr. 1907.) In allen 3 Fällen wurde durch retrorektale Injektionen von physiologischer Kochsalzlösung ein günstiger Erfolg erzielt, der schon von der ersten Injektion an deutlich zu erkennen war. Die Methode wird als einfach in der Ausführung bezeichnet. M. Kaufmann.

Joaquin L. Dueñas, Die Pyelitis des Säuglingsalters. (Archivos latino-americanos de Pediatria. Oktober 1906.) 6 Monate alter Knabe, der 5 Monate lang Muttermilch bekommen hatte. Am 5. März 1905 Vakzination von Arm zu Arm. 8 Tage danach Impferysipel, Ekthymapusteln, Balanoposthitis, dann akute Cystitis und häufige, schmerzhafte Miktionen, Tenesmus, Fieber, Urin trüb und übelriechend. Die Temperatur während der 8 auf das Einsetzen des Erysipels folgenden Tage sehr hoch, fällt für 3—4 Tage ab, um dann mit dem Beginn der Cystitis wieder anzusteigen. Die Untersuchung des Urins ergibt am 6. April, 12—14 Tage nach dem Beginn der Blasenerkrankung, saure Reaktion mit eitrigem und albuminösem Sediment. Bei der Ankunft in Havanna ist das Kind bleich, anämisch, abgemagert. Urin spärlich, dick, trüb, milchig. Das Sediment überschreitet 50% des gesammelten Urins. Die bakteriologische Analyse ergibt zahlreiche Bazillen in der mittleren Lage der Flüssigkeit, Streptokokken und Diplokokken im Sediment. Agarkulturen bestehen aus Proteus vulgaris und Mikrokokken. Schmerzen in der Nierengegend bestätigen die auf Pyelitis gestellte Diagnose. Im Mai Verschlimmerung des Zustandes durch eine Enteritis, wechselnder Zustand längere Zeit hindurch. Amme. Im Februar 1906 Entwöhnung und Ersatz durch Kuhmilch. Resumé: Bis zum 5. Monat gesunder Knabe erkrankt nach einer unsauberen Impfung an einem Erysipel; polymorphes Exanthem (Roseola, Papeln, Ekthyma); Balanoposthitis, aufsteigende Urininfektion, Pyelocystitis, dann reine Pyelitis, Gesamtdauer 5 Monate. Die Phimose hat sicherlich eine wichtige Rolle bei der Urininfektion gespielt, die eine gemischte war: Mikrokokken, Diplokokken, Proteus vulgaris usw. H. Netter (Pforzheim).

Wilson Smith, Kongenitale Syphilis mit ungewöhnlichen Symptomen. (British medical Journal. 1907. Bd. I. 19. Januar.) 16 Monate altes Kind, rechtzeitig geboren und bei künstlicher Ernährung mehrere Monate gesund. Bei der Aufnahme konstatiert man Ikterus, großen Leib mit starker Venenerweiterung, ohne Erguß im Bauchfellraum. Leber stark hypertrophisch, glatt und hart, Milz

weniger groß. Eine Blutuntersuchung eine Woche später ergibt eine Leukozytose, ohne kernhaltige rote, mit gleichgroßem Verhältnis zwischen Lymphozyten und Polynukleären. Das Kind erhält Arsen und Knochenmark. Am 17. März, am 11. Tag der Krankenhausbeobachtung, findet man 7200000 rote und 80000 weiße Blutkörperchen; am 23. 6400000 Erythrozyten bei 62000 Leukozyten. Am 31. verläßt das Kind das Hospital; die Diagnose schwankte zwischen syphilitischer Cirrhose und Leukämie. Tod am 6. April. Bei der Autopsie geringer Aszites, Leber und Milz groß. Die histologische Untersuchung ergab die Zeichen einer kongenitalen Syphilis: perizelluläre Cirrhose, keine Leukämie. H. Netter (Pforzheim).

Williams, Peliosis rheumatica. (Brit. med. Journ. 1907. Bd. I. 12. Januar.) Am 19. Oktober 1906 präsentiert sich ein 13jähr. Knabe mit den Zeichen des Rheumatismus. Er ist bleich, hat Halsschmerzen und eine schmerzhafte Schwellung des rechten Kniegelenks und Fieber. Bettruhe und Natr. salicylicum werden verordnet. 2 Tage später rote Flecke an den Beinen, die auf Druck nicht verschwinden. Am 23. eine große Purpurastelle auf der rechten Wange, rechtes oberes Augenlid und Augenbrauen ekchymotisch und geschwollen. Auf der stark geschwollenen Oberlippe erscheinen ebenfalls Purpuraflecke. 3 Tage später neuer Fieberanstieg, Schmerzen am linken Ellenbogen und an der großen Zehe. Schmerzen in der Magengegend und im Unterleib. Am 27. Oktober Diarrhöe und Melaena. Blutiger Auswurf. Urin frei, Verschwinden der Schmerzen. Dauer der Krankheit 1 Monat. Urticaria mit Purpuraflecken während der Rekonvaleszenz. — Ein Bruder des Patienten hatte mit 16 Jahren ähnliche Zufälle gehabt und ist jetzt noch von starkem Nasenbluten heimgesucht. Der Vater batte zweimal heftige Blutungen, während die Mutter nicht zu Blutungen neigt. Auf die Purpura wirkte günstig das Calciumacetat, während im Beginn der Krankheit Salizylsäure versagt hatte.

H. Netter (Pforzheim).

A. Delcourt, Un cas de maladie le Raynaud. (La Belgique médicale. 1907. Nr. 22.) In der „Société Clinique des Hopitaux de Bruxelles“ (Sitzung vom 11. Mai 1907) stellte D. ein 5jähriges Kind mit symmetrischen Hautwunden an beiden Füßen vor: Die Epidermis abgehoben, eitrige Sekretion und Schorfe, besonders rechts. Die Extremitäten haben eine bläuliche Farbe, sind aber nicht kalt. Lymphangitische Stränge durchziehen die Unterschenkel. Die Mutter ist an Syphilis behandelt worden, der Vater ist skrofulös, der Knabe war nie besonders gesund. In der ersten Kindheit litt er an Furunkulose. 1 Jahr vor seiner jetzigen Erkrankung wurde er wegen Frostbeulen an beiden Füßen im Hospital behandelt. Der Beginn der jetzigen Erkrankung liegt 5—6 Tage zurück. Die Füße wurden der Sitz eines starken weißen Ödems, dann erschienen Blasen, nach deren Platzen die Haut bloß lag. Beginn und Verlauf der Krankheit, die Symmetrie der Läsionen, veranlassen den Verf. die Diagnose auf Raynaudsche Krankheit zu stellen, — eine abgeschwächte Form allerdings. Ohne in die Details der Frage, nach einem Zusammenhang zwischen den Erfrierungen und gewisser abgeschwächter Formen

der Raynaudschen Krankheit eintreten zu wollen, nimmt der Vortr. an, daß die Erfrierung beider Füße viel zur jetzigen Lokalisation der Krankheit beigetragen hat. Die Unterernährung des, den Mißhandlungen der Mutter ausgesetzten Kindes, haben vielleicht den Ausbruch der Krankheit begünstigt, eine Annahme, die ihre Stütze in der Beobachtung finden würde, daß die Raynaudsche Krankheit nicht nur im Gefolge von Infektionskrankheiten, Malaria, Syphilis, Rheumatismus usw. sondern auch bei allen kachektischen Zuständen aufgetreten ist.

H. Netter (Pforzheim).

Maygrier, De la survie des prématurés-nés. (Semaine médicale. 1907. Nr. 24.) M. teilt die statistischen Ergebnisse der Aufzucht der von 1898—1907 an der Entbindungsanstalt der Charité vorzeitig (vom 6.—5. Monat) geborenen Kinder mit. Von 735 Frühgeborenen haben 616 die Anstalt lebend und gesund verlassen, was einen Prozentsatz von 83,81 % der Überlebenden gleichkommt. Die Säuglingsberatungsstelle der Charité konnte 146 dieser Kinder weiterverfolgen und die Mütter beim Aufziehen unterstützen. Von diesen 146 kongenital-debilen Kinder starben 5, eine Mortalität von 3,42 %. Die Proportion der Überlebenden wäre danach 96,58 %.

H. Netter (Pforzheim).

A. Cartonnet, Ataxie des muscles oculo-moteurs et paralysies oculaires dans un cas de tabes juvénile. (Gazette des hôp. 1907. Nr. 68. 15. Juni.) Es handelt sich um einen 15 jährigen, hereditär-syphilitischen und tabischen Knaben. Mit 13 Jahren Beginn des Leidens mit Enuresis diurna, dann Paralyse der Augenmuskeln, des linken Rectus superior und internus: unter spezifischer Behandlung gewann letzterer seine Aktivität wieder, der Rectus superior blieb allein funktionsunfähig. Der Kranke bietet die Zeichen der hereditären Syphilis und der Tabes: Ungleichheit der Pupillen, Rombergsches und Argyll-Robertsonsches Symptom, Westphalsches Symptom, Muskelhypotonie, lancinierende Schmerzen usw.

H. Netter (Pforzheim).

R. Fischl (Prague), Les vomissements acétonémiques et l'hystérie infantile. (Revue mens. des malad. de l'enfance. Juillet 1906. S. 289.) Der Verf. hat drei Fälle von periodischem Erbrechen verbunden mit Azetonurie bei Kindern beobachtet und ist der Ansicht, daß dieselben auf Hysterie beruhten, so daß sie durch suggestive Maßnahmen günstig beeinflußt wurden. Das Erbrechen ist entweder ein Symptom der latenten Hysterie, oder die erste Erscheinung der aktiven Krankheit. Was die Azetonurie anbetrifft, so wird dieselbe oft als Begleiterscheinung dieser Neurose beobachtet und bildet also keinen Gegenbeweis mit Bezug auf die erwähnte Ätiologie.

E. Toff (Braila).

L. Bériel, Un cas de paralysie faciale obstétricale spontanée. (Revue mens. de malad. de l'enfance. Novembre 1906.) Der Fall dient als Illustration für die Tatsache, daß Geburtslähmungen des Fazialis auch dann auftreten können, wann keine Forcepsextraktion vorgenommen worden ist und überhaupt die Geburt rasch und leicht verlaufen war. Eine Ätiologie für die Lähmung konnte für den Fall

nicht aufgefunden werden, auch als kongenital konnte sie nicht aufgefaßt werden, da keine Agenesie des Felsenbeines und keine sichtbare Mißbildung von seiten des Schädels oder des Ohres zu bemerken war, wie dies von mehreren Autoren als charakteristisch für die angeborene Fazialislähmung beschrieben wurde. Auch sonst bestand keine Erkrankung des betreffenden Kindes, vielmehr war die Lähmung einige Wochen nach der Geburt im Abnehmen begriffen und mit 6 Monaten vollständig verschwunden.

E. Toff (Braila).

P. Armand-Delille et **Genévrier** (Paris), Un cas de tétanos consécutif à des engelures ulcérées. (Revue mens. des malad. de l'enfance. Décembre 1906. S. 562.) Das betreffende $12^1/_2$ jährige, schwächliche und blutarme Mädchen bot tiefe Ulzeration der Zehen, die sich infolge von Frostbeulen entwickelt hatten. Trotz eingeleiteter antiseptischer Behandlung traten am 5. Tage nach dem Spitaleintritte Symptome von Tetanus auf, die sich immer mehr verschlimmerten und nach 12 Tagen zum Tode führten. Die täglich vorgenommenen Einspritzungen von je 40 ccm antitetanischem Serum und auch die sonstigen therapeutischen Maßnahmen waren auf den Verlauf der Krankheit ohne jedweden Erfolg geblieben.

Die bakteriologischen Untersuchungen der betreffenden Geschwüre hatten den Nachweis von Tetanusbazillen gestattet und bei den vorgenommenen Tierversuchen zeigten sich dieselben von großer Virulenz.

Es unterliegt also keinem Zweifel, daß die tetanische Infektion von einer Verunreinigung der betreffenden Fußgeschwüre ausgegangen ist, und schlagen die Verff. auch für derartige Fußwunden die prophylaktische Einspritzung von antitetanischem Serum, wie diese bei jeder infizierten Fußwunde vorgenommen werden soll, vor.

E. Toff (Braila).

Maurice Péraire, Mal de Pott guéri depuis trois ans et demi. (Revue mens. des malad. de l'enfance. Janvier 1907.) Es handelte sich um einen 21 jährigen Mann mit einem doppelten kalten Abszesse der dorsalen Wirbelsäule, welcher außerdem auch Zeichen von tuberkulöser Infiltration der Lungenspitzen darbot. Die beiden, etwa orangengroßen Abszeßteile wurden durch Punktion entleert, ein Gipsmieder und Kompressivverband angelegt und der Patient aufs Land geschickt. Nach einigen Monaten wurde eine weitere Punktion vorgenommen, da sich wieder Eiter gebildet hatte, dann, im nächstfolgenden Jahre der Gipsapparat durch einen solchen aus plastischem Filz ersetzt. Während dieser Zeit hatte sich ein Perinealabszeß entwickelt und es bildete sich eine Fistel, welche 8 Monate dauerte. Nichtsdestoweniger kann der Patient heute, also $3^1/_4$ Jahre nach der ersten Punktion, als vollkommen geheilt betrachtet werden. Die Abszesse haben sich nicht wieder gezeigt, die Infiltration der Lungenspitzen ist nicht mehr nachweisbar, auch sonst ist der Allgemeinzustand ein sehr guter, und dies alles wurde ohne jedwede Lokalbehandlung außer Punktion und Immobilisierung, verbunden mit Landaufenthalt, erzielt.

E. Toff (Braila).

A. B. Marfan et **Henri Lemaire** (Paris), Contribution à l'étude des accidents séro-toxiques. — L'érythème marginé aberrant.

(Revue mens. des malad. de l'enfance. Janvier 1907.) Unter den verschiedenen Hauteruptionen, welche nach Einspritzungen von antidiphtherischem Serum auftreten, haben die Verff. eine speziell geartete in einer gewissen Anzahl von Fällen beobachten können und derselben den Namen Erythème marginé aberrant gegeben. Dasselbe gehört zu den späten sero-toxischen Erscheinungen, da es zwischen 8. und 12. Tag nach der Seruminjektion auftritt und mitunter selbst am 15. Tage erscheinen kann. Es handelt sich gewöhnlich um eine fieberhafte Eruption, doch besteht kein Parallelismus zwischen den Hauterscheinungen und der Höhe der Temperatur.

Das Erythem erscheint meist in der Bauchgegend, um die Injektionsstelle herum und breitet sich dann auf Kreuz und untere Extremitäten aus. Es treten lebhaft rote Flecke auf, die an Masernflecke erinnern, dieselben vergrößern sich rasch, die Mitte blaßt ab, während die Ränder die rote Färbung beibehalten. Durch das exzentrische Fortschreiten konfluieren dieselben und bilden arabeskenartige Zeichnungen. Während an manchen Körperstellen neue Papeln aufschießen, zeigen andere die verschiedenen Stadien der erwähnten Evolution. Unter den allgemeinen Symptomen ist eine gewisse Hinfälligkeit, Appetitlosigkeit, eventuell auch diarrhoische Stuhlentleerung zu erwähnen. Dies alles läuft innerhalb 2—5 Tagen ab, doch kommen auch Rückfälle vor. In einer großen Anzahl von Fällen folgt das geänderte Erythem auf Urticaria (11 mal unter 32 Fällen). Obwohl die Entwicklung des Erythems sehr rasch vor sich geht, so gibt es doch Fälle, wo die masernähnlichen Flecke durch einige Tage hindurch bestehen nnd den Verdacht auf wirkliche Masern erwecken können, namentlich wenn gleichzeitig auch ein leichter Katarrh der Luftwege besteht.

Zahlreiche Umstände sprechen dafür, daß das in Rede stehende Erythem sero-toxischer Natur ist, doch gibt es gewisse Umstände, welche dem Ausbruche desselben Vorschub leisten, wie die Menge des eingespritzten Serums, die Individualität des Pferdes, von dem dasselbe herstammt, und endlich das Alter des Patienten, insofern Kinder seltener die Hauteruption darbieten, als Erwachsene. Der Verlauf der Krankheit ist ein gutartiger, doch sind einige therapeutische Maßnahmen von Vorteil, und zwar Bettruhe, Milchdiät und eine leichte Kalomeldosis. In prophylaktischer Beziehung ist nicht viel zu machen, solange es nicht gelungen ist, das antidiphtherische Serum von den schädlichen Stoffen, die es enthält, zu befreien und nur die therapeutisch wirksamen beizubehalten. E. Toff (Braila).

Marinescu-Sadoveanu, Die Behandlung der Lungentuberkulose mittels subkutaner isotonischer Einspritzungen von Meerwasser. (Spitalul. 1906. Nr. 20.) Der Verf. hat einige Fälle von Lungentuberkulose mit Einspritzungen von Meerwasser behandelt und recht gute Erfolge erzielt. Das Wasser wurde dem Meere, bei ruhigem Wetter in einer Entfernung von 2 Meilen vom Ufer und in einer Tiefe von 10 m entnommen und hiervon, ohne es zu sterilisieren, 50—350 ccm 2 mal wöchentlich eingespritzt. Fast alle Patienten boten nach der Injektion eine febrile Reaktion mit Steigerung der

Temperatur bis 38° und selbst 39°, die aber nach 2 Stunden wieder normal wurde. Die Schmerzen nach der Einspritzung dauerten nicht lange an, und nur ausnahmsweise war die Injektionsstelle noch am zweiten Tage empfindlich.

Bezüglich des Krankheitsprozesses haben die betreffenden Einspritzungen folgende Wirkung: Der Husten nimmt ab, die Expektoration wird geringer, ebenso auch die nächtlichen Schweiße, die auch ganz aufhören können. Der Schlaf wird besser und ruhiger. Auskultatorisch kann man eine Abnahme der Rasselgeräusche feststellen.

E. Toff (Braila).

C. A. Brezeanu, Das Spital und das Sanatorium für Tuberkulöse von Filaret. (Spitalul. 1907. Nr. 5.) Das Institut, für dessen Aufbau die unter der Präsidentschaft des Prof. Dr. Petrini-Galatz stehende „Gesellschaft für die Prophylaxis der Tuberkulose" 400000 Fr. ausgegeben hat, ist in der Nähe von Bukarest auf einem Plateau gelegen und von einem schönen, teilweise noch in Entwicklung befindlichen Park, umgeben. Das Spital besitzt 60 Betten, das Sanatorium 20 Betten und nimmt ersteres Kranke mit offener, letzteres nur solche mit geschlossener Tuberkulose auf. Pflege und Behandlung finden vollkommen unentgeltlich statt und werden nur arme, nach Bukarest zuständige Kranke aufgenommen. Mehrere Ärzte, eine Ärztin und einige Doktoranden leiten die Behandlung, welche hauptsächlich in Ruhe, Überernährung und Freiluftkur besteht. Von Medikamenten werden nur Kreosotal, Geosot und einige Tonika verabreicht, eventuell wird, bei bedrohlichen Erscheinungen, symptomatisch interveniert. Trotzdem erst kurze Zeit seit Eröffnung dieses Sanatoriums verflossen ist, sind die bis nun erzielten Resultate recht zufriedenstellend und die Gesellschaft gedenkt, ähnliche Sanatorien und Spitäler auch in anderen Teilen des Landes zu errichten.

E. Toff (Braila).

Korybut-Daszkiewicz, Epidemische Parotitis bei Kindern. (Medycyna. 1906. Nr. 36, 37.) Eine kasuistische Mitteilung eines mit sehr schweren Symptomen bei einem 13jährigen Knaben verlaufenen Falles von Parotitis beiderseits. Es traten auf: hohes Fieber, Erbrechen, Cheyn Stokessches Athmen, Meningismus, sowie beiderseitige Entzündung der Submaxillardrüsen (Submaxillitis).

Gabel (Lemberg).

III. Aus Vereinen und Versammlungen.

Bericht über die 18. Sitzung der Vereinigung niederrheinisch-westfälischer Kinderärzte

zu Köln am 3. März 1907.

Im Anschlusse an einen kurzen Vortrag des Herrn Rey: „**Die Stellung des Spezialarztes für Kinderheilkunde zu der neuen ärztlichen Standesbewegung**" erfolgte eine lebhafte Diskussion, an der sich Spezialisten und praktische Ärzte beteiligten und die zur einstimmigen Annahme folgender Resolution führte: In letzter Zeit ist in der Fachpresse vielfach die Frage erörtert worden, ob und in welchem Umfange es

berechtigt sei, die Kinderheilkunde als Spezialfach auszuüben. Obschon die Berechtigung dieses Spezialfaches durch die besonders in den letzten zehn Jahren auf diesem Gebiete gemachten Fortschritte wissenschaftlich und technisch wie bei kaum einem anderen Spezialfache außer Zweifel steht, wird in einer Stadt des rheinisch-westfälischen Industriebezirkes eine durchaus unberechtigte Einschränkung der Tätigkeit der dort ansässigen Kinderärzte angestrebt, die deren Existenz vernichten müßte. Die Vereinigung niederrheinisch-westfälischer Kinderärzte hat hierzu in ihrer Sitzung vom 3. März d. J. Stellung genommen und folgende Beschlüsse gefaßt:

1. Unter Ausübung der Kinderheilkunde ist zu verstehen die Erteilung von Ratschlägen und Behandlung in allen die Physiologie, Hygiene, Pathologie und Therapie von Kindern betreffenden Fällen. Kinder sind Individuen, die noch nicht geschlechtsreif sind.

2. Die Vereinigung niederrheinisch-westfälischer Kinderärzte ist bereit, an einer Standesordnung für das ganze Spezialarztwesen ihres Bezirkes mitzuarbeiten — sie lehnt es aber für sich und ihre Mitglieder ab, an Bestimmungen zu einer Standesordnung mitzuarbeiten, die lediglich auf die Kinderärzte zugespitzt werden sollen.

3. Die Vereinigung richtet an alle praktischen Ärzte des Bezirkes die Aufforderung, sich durch Teilnahme an den Sitzungen der Vereinigung von der Berechtigung der Kinderheilkunde als praktisches Spezialfach zu überzeugen.

Rensburg (Elberfeld) demonstriert ein Präparat von **peritonealen Verwachsungen der Nabelgegend.**

Koch (Elberfeld) demonstriert Präparate von **Empyem** und **hereditärer Syphilis.**

Weyl (Düsseldorf) demonstriert histologische Präparate von einem **Hautkarzinom, das sich aus einem Angiom** entwickelt hatte.

Cramer (Bonn) spricht über: **„Einige Beobachtungen über die Funktion der weiblichen Brustdrüse“.** Die Entwicklung der weiblichen Brustdrüse ist abhängig von der Funktion des Ovariums. Physiologische und pathologische Reizzustände am Eierstock und am Geschlechtsapparat haben auch Reizzustände der Brustdrüse zur Folge. Für die Funktion der Drüse, die Milchsekretion, ist Vorbedingung eine überstandene Schwangerschaft. Dieselbe braucht jedoch nicht annähernd ausgetragen gewesen zu sein. Schon durch Fehlgeburten der ersten Monate kann der Reiz für die Milchabsonderung ausgelöst werden. In der Schwangerschaft der letzten Monate besteht ein Hemmungsreiz für die Milchsekretion, der so lange anhält, bis die Geburt beendet ist. Sowohl das Aufhören des kindlichen Stoffwechsels, als auch die Entleerung des Uterus können für sich den Anstoß zur Milchabsonderung geben. Die Laktation kann mehrere Jahre anhalten. Noch längere Zeit nach der Geburt gelingt es, die Brustdrüse, die vorher für das Stillgeschäft nicht beansprucht worden war, in genügende Funktion zu bringen. Die Milchsekretion vollzieht sich völlig unabhängig vom Ovarium. Durch starke psychische Einwirkungen kann die Funktion der Brustdrüse primär gestört werden.

An den Vortrag schloß sich eine lebhafte Diskussion an, an der sich unter anderen die Herren Heidenhain, Rensburg, Siegert, Selter, Rey und Engel beteiligten. Sie bestätigen die Beobachtungen des Vortragenden und fügen eigene Beobachtungen hinzu, z. B. $7^1/_2$ monatliches Stillen eines fremden Kindes von einer Frau, die im fünften Monate ihrer Schwangerschaft abortierte; drei Jahre anhaltendes Stillen einer Frau, die während dieser ganzen Zeit nicht menstruierte; mehrere Fälle vom Stillen des einen Kindes bis zum Eintritt der Geburt des folgenden; Auslösen genügender Milchsekretion nach 3wöchigem Nichtstillen. Bei ungenügender Sekretion wirkt das Beibringen der Überzeugung von der Fähigkeit zu stillen fördernd, umgekehrt das Vorreden von der Unfähigkeit hemmend auf die Sekretion. Das Versiegen der Sekretion bei Schrecken wurde von allen Diskussionsrednern zugegeben, nach einigen Tagen stellt sich bei fortdauerndem, geordnetem Anlegen des Kindes unter ständigem Ansteigen der Milchmenge wieder normale Sekretion ein. Die Milchsekretion wird im besonderen durch Ausstoßung der Placenta ausgelöst, die höchste 24stündige Menge betrug bisher 4000 g.

Zum Schlusse bemerkt Cramer: Eine wichtige, noch unentschiedene Frage ist es, ob Flüssigkeitsabsonderung aus der Brust stets gleichbedeutend ist resp. gleichgesetzt werden kann mit Milchsekretion. Bisher ist der Beweis hierfür z. B.

für die virginelle Flüssigkeitsabsonderung nicht erbracht worden. Deshalb kann auch nicht ohne weiteres behauptet werden, daß diejenigen Reize, die Anschwellung und Flüssigkeitsabsonderung der Brust hervorrufen, auch Milchsekretion zur Folge haben können. Rey.

Sitzung des hygienischen Landesvereins zu Budapest

am 4. März 1907.

Ferencz v. Torday hält einen Vortrag über das **Ammenwesen.** T. könnte das Ammenwesen nicht entbehren, es muß geregelt und unter gesetzliche Kontrolle gestellt werden. Die Familie, die sich eine Amme nimmt, soll für das Kind der Amme im staatlichen Kinderasyle die Kosten erlegen und diese Institute mögen bei diesen Säuglingen eine Ausnahme machen und sie ohne die stillfähige Mutter akzeptieren. In den Geburtsanstalten soll man den Frauen das System des staatlichen Säuglingsschutzes beibringen, um ihnen die Wege nach Entlassung aus der Geburtsanstalt zu ebnen.

Menyhért Edelmann ist ein abgesagter Feind des Ammenwesens. Von der Ethik ganz abgesehen, spricht alles gegen die Amme. Muttermilch und Ammenmilch sind nicht gleichwertig. Die Ansichten Bunges über Stillunfähigkeit der Mütter widerlegt er mit Salges schwerwiegenden Daten. Seiner Ansicht nach soll und kann der Staat seine Sanktion für die Unterbringung der Ammenkinder nicht geben. Er plädiert für die Mitnahme der Ammenkinder in die Familie (System der Milchgeschwister) und für die Schaffung einer ungarischen „loi Roussel“. Die Hebammenschülerinnen sollen entsprechenden Unterricht über den Kinderschutz und die Kinderhygiene erhalten.

Ernö Deutsch fordert gehörige Energie von seiten der Ärzte, die überaus leicht die Anschaffung einer Amme zugeben. Chrobak und Escherich haben Recht, wenn sie „Ein Mahnwort an die Ärzte zur Förderung des Selbststillens“ richten. Der Arzt soll nicht leicht kapitulieren, sondern die Worte Boërs den Frauen zuzurufen: „Eine Frau, die imstande ist ihr Kind neun Monate hindurch zu tragen, hat auch noch die Kraft, es durch weitere sechs Monate zu ernähren.“ Man muß diesen Müttern beibringen, daß das Stillen für ihre Gesundheit von Vorteil und für ihre Schönheit nicht nachträglich ist. Die Kontraindikationen des Stillens müssen eingeengt werden. Agalaktie ist überaus selten, bei Hypogalaktie kann man durch „allaitement mixte“ helfen. Die Ärztewelt soll sich durch die industrielle Reklame der künstlichen Säuglingsnährpräparate nicht beirren lassen und unermüdlich für die natürliche Ernährung die Lanze brechen. Das System der Milchgeschwister ist ideal etwas schwer durchführbar; er ist eifriger Verfechter der Rousselschen Gesetzgebung.

Präsident Gjula Elischer resümiert das Gehörte und verspricht die Elaborate an die Ministerien gelangen zu lassen. E. Deutsch (Budapest).

IV. Therapeutische Notizen.

Die rationelle Säuglingsernährung ist eine der schwierigsten Aufgaben unserer Zeit. In überwiegend vielen Fällen ist es den Müttern aus den verschiedensten Gründen nicht möglich, selbst zu stillen, was jedesmal, wenn nicht eine rationelle und erprobte künstliche Ernährung die Mutterbrust ersetzt, eine Gefahr für den Säugling bedeutet. Das Einfachste ist auch hier das Beste. Viele Zugabepräparate zur Milch stellen eine komplizierte Mischung von Surrogaten und Chemikalien dar und eignen sich daher weniger zur Aufnahme und Verarbeitung durch den empfindlichen Säuglingsmagen als diejenigen, welche reine Naturerzeugnisse enthalten. Ein solches reines Naturprodukt ist das von ärztlicher Seite vielfach erprobte und empfohlene „Goldkorn“. Dieses mehlförmige Präparat ist rein aus Halmfrüchten ohne irgendwelche Beigaben hergestellt und verbindet hohe Nährkraft und leichteste Verdaulichkeit mit angenehmem Geschmack. Es hat sich erwiesen, daß das Präparat nicht nur die Knochenbildung und das Gedeihen gesunder Säuglinge vorzüglich fördert, sondern daß es auch Brechdurchfall und

Diarrhöen, welche namentlich während der heißen Jahreszeit nur zu häufig auftreten, rasch zu heilen geeignet ist. Das Präparat kommt in Glaspackung gebrauchsfertig in den Handel und wird der für den Säugling bestimmten Tagesmenge beigegeben. Bei Verwendung zur Ernährung stillender Frauen befördert Goldkorn die Milchabsonderung in hervorragender Weise. Der Preis ist sehr billig. Das Präparat wird hergestellt von der Nährmittelfabrik Pfister, Mayr & Co. in München.

Die Muttermilch und ihre Ersatzmittel von Dr. M. di Jorio, Assistent an der 2. medizinischen Klinik der Königl. Universität Neapel. Verf. bedauert, daß das Stillen der Säuglinge durch die eigene Mutter, trotz des Beispiels der Königin in Italien keine Fortschritte gemacht hat, und bespricht dann die verschiedenen Arten von Tiermilch: Kuhmilch, Ziegenmilch, Eselsmilch usw. Er kommt sodann auf die Ersatzmittel der Milch zu sprechen und zwar auf die Kindermehle, von denen er vor allem das „Kufeke"-Mehl schätzt, da es die Kuhmilch leichter verdaulich macht, indem es deren Gerinnung in feineren Flocken bewirkt und die Assimilation auf diese Weise erleichtert. Das „Kufeke"-Mehl hat sich sowohl als Zusatz zur Milch als auch für sich allein stets als ein sehr gutes Nährpräparat erwiesen. Prof. Concetti in Rom hält das „Kufeke"-Mehl ebenfalls für ein ausgezeichnetes Nährmittel, da es reich an vegetabilem Eiweiß ist, die Stärke in Dextrin verwandelt enthält und daher sehr leicht auch für Kinder verdaulich ist, welche an Magen-Darmstörungen leiden. Sehr befriedigend waren die Versuche mit „Kufeke"-Mehl bei unzweckmäßiger Ernährung im ersten Stadium des Erbrechens und der Diarrhöen, bei follikulärem Darmkatarrh in den untersten Abschnitten des Dickdarms durch Eiweißfäulnis und bei den durch den Escherichschen Streptococcus verursachten Darmstörungen. Dr. Casazza, der Inspektor der Säuglingsanstalt in Pavia, fand in dem „Kufeke"-Mehl ein ausgezeichnetes Blutbildungsmittel, wo es galt, einen durch Störungen des Verdauungssystems heruntergekommenen Organismus wieder zu heben und überhaupt bei Rekonvaleszenten. Verf. bringt dann noch drei lehrreiche Fälle von Darmkatarrh, Verdauungsstörung mit eklamptischen Anfällen, sowie Skrofulose und Rachitis, die durch „Kufeke"-Kindermehl sehr günstig beeinflußt wurden.

(Gazetta Internationale di Medicina, Neapel, Jahrg. IX, 26. Dez. 1906.)

Die Behandlung der Bronchial- und Lungenkatarrhe mit Thiocol, Sulfotsirup und Sirolin empfiehlt warm Regimentsarzt Dr. H. Tausig. Alle drei Präparate der Firma Hoffmann, Roche & Co. haben sich bestens bewährt, vor allem aber das Sirolin, das T. Kindern zu 3 Kaffeelöffel pro Tag gab. Infolge seiner Ungiftigkeit kann es lange Zeit hintereinander genommen werden, zumal es einen vorzüglichen Geschmack hat. Es hebt vor allem den Appetit, das Körpergewicht steigt, die anderen Symptome bessern sich nach und nach. „Ein hervorragendes Mittel bei der Therapie der Lungentuberkulose" nennt Autor infolgedessen das Präparat.

(Medizin. Klinik. 1907. Nr. 19.)

Einen Beitrag zur Wertschätzung des Kufekeschen Kindermehles liefert Dr. Scotti (Berlin). Er berichtet über einige Fälle, wo das Mehl bei Erkrankungen des kindlichen Verdauungsapparates sich bestens bewährt hat und in einem äußerst günstigen Lichte erscheint. (Medizin. Klinik. 1907. Nr. 23.)

Einiges über Keuchhusten berichtet Dr. A. Sonnenschein (Liebau) und gibt einige Mittel an, die sich ihm bei der Behandlung besonders bewährt haben. Vor allem war es die Inhalation von warmen Wasserdämpfen mit Zusatz von etwas Kochsalz und einigen Tropfen Aq. Lauroceras. (10—20 auf 1 l Wasser). Sodann intern Tinct. Belladonn. (12—20 Tropfen auf 70 g Wasser, tagsüber genommen) und Codein. hydrochloric. (0,01—0,02 auf 70 g Wasser), bei schweren Fällen beides kombiniert:

Rp. Tinct. Belladonn. gtt. XII—XX
Codein. hydrochloric. 0,01—0,02
Aq. dest. 70,0
D. S. Tagsüber zu nehmen.

(Wiener med. Presse. 1907. Nr. 19.)

Visvit im Kindesalter hat Dr. A. Singer (Wien) mit bestem Erfolge benutzt und schließt aus seinen Erfahrungen: „Zusammenfassend kann ich also sagen: Das Visvit besitzt in seiner Zusammensetzung alle jene Bestandteile, welche für

den Aufbau und die Kräftigung geschwächter Organe nötig sind. Diese Bestandteile sind zum Teil an sich, zum Teil wegen der organischen Bindung, in welcher sie sich befinden, leicht verdaulich und assimilierbar. Das Visvit vermag bei der Behandlung der Rachitis den Phosphorlebertran zu ersetzen; in allen anderen dyskrasischen und Erschöpfungszuständen bildet es ein besonders wertvolles Unterstützungsmittel der gewöhnlichen Nahrung, welches außer seinem Nährwerte auch noch appetitanregend und verdauungsbefördernd wirkt."

(Allgem. med. Central-Ztg. 1907. Nr. 20 u. 21.)

Thiocol als Antidiarrhoicum empfiehlt Dr. Nothmann (Kinderambulatorium von Dr. Fromm, München). Er gab es zwei Geschwistern von 1½ und 3 Jahren mit subakutem, infektiösem, offenbar aus derselben Quelle stammendem Darmkatarrh, der weder durch strenge Diät, noch durch die bekannten antidiarrhöischen Mittel, dagegen prompt durch Thiocol beeinflußt wurde. Letzteres muß allerdings in ziemlich großen Dosen gegeben werden; das 3jährige Kind bekam schon 1,5 g am Tage. (Centralbl. f. d. gesamte Therapie, Juni 1907.)

Sorisin, ein neues Guajakolpräparat, hat San.-R. Dr. Görges, dirig. Arzt des Elisabeth-Kinder-Hospitals in Berlin mit bestem Erfolge angewandt. Die Sorisinwerke in Wien bringen das in Orangensirup gelöste Kal. sulfoguajacolic. mit Eisen oder Arseneisen (Sorisin. ferrat. und Sorisinferrarsenat) in den Handel. Die Präparate wurden besonders bei kleinen Kindern von ½—5 Jahren, die mit Rachitis und Ernährungsstörungen mit chronischer Bronchitis behaftet waren, als vorzüglich wirkend erprobt. Diese anämischen, elenden Kinder erholten sich auffallend rasch, die Anämie besserte sich, der Appetit wurde angeregt, die Erscheinungen der Respirationsorgane gingen prompt zurück, stets wurde gleichmäßige Gewichtszunahme konstatiert. Bis auf einen Fall wurde das Mittel gut vertragen und gern genommen, obwohl der Guajakolgeschmack ziemlich stark hervortritt. G. gab 3—4 mal täglich ½, älteren Kindern 1 Teelöffel. Der Preis ist leider etwas hoch (kleine Flasche 2 Mk.).

(Therap. Monatshefte, Juli 1907.)

Energin, ein neues Lebertranpräparat, empfiehlt H. Janzus (k. k. pädiatr. Klinik in Wien). Es sind Schokoladetabletten mit 4,5—5,5 g Lebertran (nebst kleinen Mengen von Lezithin und phosphorsaurem Kalk), so daß also 2—3 Tabletten täglich zu verordnen sind. Bei mit Tuberkulose behafteten Kindern hat sich das Präparat gut bewährt. (Klin.-therap. Wochenschr. 1907. Nr. 26.)

Energin hat auch Dr. O. Schey (Kinderabteil. d. Wiener Allgem. Poliklin.) mit Erfolg bei 15 Kindern von 1½—14 Jahren, meist rachitischen und skrofulösen, angewandt. Diese nehmen das Präparat wie eine Leckerei gern und vertragen es sehr gut. Die Appetenz nahm zu, in allen Fällen wurde Gewichtszunahme, mitunter solche von ganz auffallender Größe, festgestellt. Energin bedeutet einen ganz entschiedenen Fortschritt in der Lebertrandarreichung.

(Wiener medizin. Presse. 1907. Nr. 31.)

Einen Beitrag zur Behandlung von Hüftgelenkfisteln liefert Dr. E. Hanschmidt. Eine Fistel, zurückgeblieben nach einer vor 4 Jahren wegen Coxitis tuberculosa ausgeführten Hüftgelenksresektion, wollte sich nicht schließen. Da griff H. zum Perhydrol-Merck, das er bei der Behandlung der Otitis media schätzen gelernt hatte und spritzte 3—5%ige Lösung ein. Die Sekretion verminderte sich sehr bald und die Fistel schloß sich. Auch bei Knochenfisteln infolge Osteomyelitis, wo die Operation zurzeit nicht ausführbar war, benutzte H. Perhydrol mit gutem Erfolge zu Ausspülungen. (Ärztl. Mitteilungen. 1907. Nr. 27.)

Phenol. monochlorat. bei Scharlach hat Dr. Langfeldt (Zell a. H.) in einigen Fällen angewandt und will eine recht günstige Beeinflussung des Krankheitsprozesses gesehen haben. Er verordnete:

Rp. Phenol. monochlorat. 4,0
Spirit. 250,0
Aeth. sulfur. ad 300,0
D. S. Alle 3 Stunden damit abreiben.

(Medizin. Klinik. 1907. Nr. 20.)

V. Monats-Chronik.

Berlin. Der Kultusminister hat unter dem 7. Juli folgende Verfügung erlassen: Um nachteiligen Folgen des **anhaltenden Sitzens der Schüler** in den Schulen nach Möglichkeit vorzubeugen, empfiehlt es sich, auch an den Tagen, an denen stundenplanmäßiger Turnunterricht nicht stattfindet, gewisse Freiübungen in geordneter Weise vornehmen zu lassen, welche die gesundheitliche Kräftigung der Schüler und Schülerinnen und namentlich die Entwicklung einer guten Haltung zu fördern vor anderem geeignet erscheinen. Bevor eine dahingehende allgemeine Anordnung ergeht, sollen in einer Anzahl von Schulen aller Gattungen entsprechende Versuche angestellt werden. Die Zeitdauer aller Übungen wird zusammen täglich, abgesehen von den Tagen, an denen die betreffende Klasse den Turnunterricht erhält, 5—10 Minuten zu betragen haben, die einer Pause zuzusetzen sind. Die Übungen der verschiedenen Klassen können in den verschiedenen Pausen ausgeführt werden. Es ist im Freien zu üben, im geschlossenen Raume nach gründlicher Lüftung.

Berlin. Außerord. Prof. Dr. F. Krause, dirigierender Arzt an der Chirurgischen Abteilung des Augusta-Hospitals, hat den Charakter als Geh. Med.-Rat erhalten. Prof. Dr. Th. Gluck, dirigierender Arzt an der Chirurg. Abteilung des Kaiser und Kaiserin Friedrich-Kinderkrankenhauses, feierte am 18. Juli sein 25 jähriges Dozentenjubiläum.

Giessen. Dr. med. Hans Koeppe, Privatdozent für Kinderheilkunde an der hiesigen Universität ist zum außerordentlichen Professor ernannt worden.

Straßburg. Geh. Med.-Rat Prof. Dr. Biedert ist zum Geh. Ober-Med.-Rat ernannt.

Freudenstadt (Schwarzwald). Ein **Kindersanatorium** unter Leitung von Dr. Würz ist am 1. Juli eröffnet worden.

Bochum. Eine **städtische Milchküche** ist errichtet und verkauft Säuglings- und Kindermilch. Die Milch wird mehrmals wöchentlich vom Nahrungsmittelamt untersucht. Geplant sind Stillprämien und Beratungsstellen für Mütter.

Brüssel. Durch Ministerialerlaß ist die **Anzeigepflicht** von Cholera, Pest, Pocken, Puerperalfieber, Typhus, Diphtherie, Röteln, Keuchhusten, Scharlach und Trachom angeordnet.

Ofen-Pest. Dr. med. Karl Heim wurde als Privatdozent für Semiotik der Kinderkrankheiten in die medizinische Fakultät der Universität Ofen-Pest aufgenommen.

St. Petersburg. Am 25. Juni (8. Juli) war ein halbes Jahrhundert vollendet, seit Geh.-Rat Rauchfuss, der ausgezeichnete Petersburger Kinderarzt, seiner ausgebreiteten und fruchtbringenden ärztlichen und wissenschaftlichen Tätigkeit obliegt. Der Verein der Kinderärzte in St. Petersburg bereitet sich, dieses Jubiläum seines einstigen langjährigen Präsidenten und jetzigen Ehrenmitgliedes durch eine Festsitzung zu begehen. Die Feier ist auf den 28. Oktober (10. November) festgesetzt. Diejenigen Ärzte und Vereine, die sich an derselben zu beteiligen wünschen, werden ersucht, sich bei dem Präses des Vereins, Professor Dr. A. Russow, Direktor des Elisabeth-Kinderhospitals, Fontanka 152, zu melden.

München. Für die Erziehung und Ausbildung **geistig zurückgebliebener Kinder**, namentlich solcher besserer Stände, war bisher in Bayern ungenügend gesorgt. Es muß daher sehr begrüßt werden, daß jetzt die Eröffnung eines Erziehungsheimes für solche Kinder in der Nähe von München bevorsteht. Das „Erziehungsheim Schloß Höhenroth“, das Anfang September in Betrieb genommen werden soll, wird Kinder beiderlei Geschlechts von 4—15 Jahren aufnehmen, die unterrichtlich und erziehlich eine besondere heilpädagogische Behandlung nötig haben. Es steht unter Leitung von Dr. phil. A. Engelsperger, die ärztliche Überwachung liegt in den Händen des Privatdozenten Dr. Uffenheimer; konsultierender Arzt ist Prof. Pfaundler. Die Anstalt liegt in der Nähe des Ammersees, 15 Minuten von Station Grafrath, verfügt über ausgedehnte Gartenanlagen, hat große Wälder in nächster Nähe, vereinigt also alle Erfordernisse eines Landerziehungsheims. Nähere Auskunft erteilt der Leiter Dr. Engelsperger, München, Baaderstr. 33/III. (Münch. med. Wochenschrift.)

Verantwortlicher Redakteur: Dr. Eugen Graetzer in Friedenau-Berlin. — Verlag von Johann Ambrosius Barth in Leipzig. — Druck von Metzger & Wittig in Leipzig.

Centralblatt für
Kinderheilkunde.
Eine Monatsschrift für praktische Ärzte.

XII. Jahrgang. 1. November 1907. No. 11.

I. Referate.

A) Aus deutschen Zeitschriften.

Alois Epstein, Über den blauen Kreuzfleck und andere mongoloide Erscheinungen bei europäischen Kindern. (Jahrb. f. Kinderheilk. Bd. 63. Heft 1.) Instruktives klinisches Exposé über die genannte Affektion, zu welchem die Beobachtung von fünf einschlägigen Fällen Veranlassung gegeben hat. Besprechung des Mongoloidentypus überhaupt. Hecker.

G. B. Allaria, Über die Molekülkonzentration des Blutserums bei nephritischen und nicht nephritischen Kindern. (Jahrb. f. Kinderheilk. Bd. 63. Heft 1.) Bestimmung des kryoskopischen Punktes und der spezifischen elektrischen Leitungsfähigkeit (λ) der verschiedenen Sera, woraus sich dann der stärkere osmotische, durch die Dissoziation der elektrolytischen Moleküle bedingte Druck berechnen läßt. Ausführung der kryoskopischen Messungen mit dem Beckmannschen Thermometer, der elektrischen Untersuchungen mittels einer Wheatstoneschen Brücke mit einem indizierten Strom und einem telephonischen Empfänger nach den Abänderungen von Kohlrausch. Die Experimente wurden bei einer Temperatur von + 18 Grad ausgeführt und die Leitungsfähigkeit in internationalen Ohms berechnet. Aus den Ergebnissen sei hervorgehoben:

Die gesamte Molekülkonzentration des Blutserums der an akuter, chronischer, parenchymatöser oder interstitieller Nierenentzündung erkrankten Kinder überstieg fast niemals die physiologische Maximalgrenze, wenn keine urämischen Symptome vorhanden waren.

Die totale Molekülkonzentration des Blutserums der urämischen Kinder ist stets höher gewesen als die Maximalgrenze der physiologischen Fälle und der Fälle von Nephritis ohne Urämie, analog dem, was bei den Erwachsenen vorgefunden worden ist. Diese Tatsache hat also im Falle von zweifelhafter Diagnose einen wirklichen Wert.

Die Werte bei der elektrischen Leitungsfähigkeit weisen bei einfacher Nephritis und bei Urämie keine Unterschiede auf. Bei beiden Gruppen stehen die Werte von λ ungefähr innerhalb der normalen Grenzen.

Die Zunahme des osmotischen Druckes bei Urämie ist wahrscheinlich vor allem das Resultat einer übermäßigen Anhäufung organischer Abfallstoffe infolge ungenügender Durchdringlichkeit der Niere, die nicht ausgeglichen wird durch eine stellvertretende Funktion der anderen Ausfuhrorgane (Haut, Darm usw.). Damit ist noch nicht

ausgeschlossen, daß bei gewissen Fällen von Urämie, bei denen außergewöhnliche Erniedrigung des kryoskopischen Punktes des Blutes vorgefunden worden war, und die nicht mehr zu erklären sind mit einer einfachen Zunahme der organischen Stoffe, zur Bildung dieser außerordentlichen Erscheinungen ein Übermaß von freien und gelösten elektrolytischen Molekülen im Blute beitragen könnte. Hecker.

Karl Beck, Akute postoperative Magendilatation im Kindesalter. (Jahrb. f. Kinderheilk. Bd. 63. Heft 1.) Akute Magendilatation, entstanden im Anschluß an eine bei einem 15 jähr. Kind ausgeführte Laparotomie, und zwar nach einer am 3. Tag eines frischen Appendizitisanfalles gemachten Appendektomie. Die Ätiologie ist zweifelhaft; primär mag die Narkose bei dem wohl dazu disponierten Kinde eine Erschlaffung der Magenwandung bedingt haben. Infolgedessen Anstauung der Flüssigkeit in dem erweiterten Magen, aus dem sie nicht in den Darm übergeführt, sondern durch Erbrechen entleert wurde. Diese wiederholte Anstrengung vergrößerte wohl die Blähung des Magens, vielleicht hat noch eine Abknickung am Duodenum vorgelegen, infolge lokaler peritonitischer Adhäsion.

Die Symptome waren charakteristisch für akute Magendilatation: reichliches wiederholtes Erbrechen bräunlicher, saurer Flüssigkeit mit wenig freier Salzsäure, dagegen viel Milchsäure; ferner lokale Auftreibung im Epigastrium, die von Tag zu Tag zunahm; keine Druckempfindlichkeit, relativ gutes Allgemeinbefinden. Prognose und Behandlung wie bei akuter Magendilatation. Hecker.

Georg Kien, Die Masern in Straßburg, speziell an der Kinderklinik daselbst und die im Laufe der Epidemie von 1903/04 beobachteten Kombinationen von Masern mit Diphtherie und Scharlach. (Jahrb. f. Kinderheilk. Bd. 63. Heft 2.) Statistische Zusammenstellung ohne wesentlich Neues, einige gute klinische Beobachtungen, so über das zeitliche Vorkommen der Koplikschen Flecken, über die Differentialdiagnose zwischen Masernkrupp und diphtherischem Krupp. Hecker.

Paula Philippson, Versuche über die Chlorausscheidung bei orthostatischer Albuminurie. (Jahrb. f. Kinderheilk. Bd. 63. Heft 2.) Bei der orthostatischen Albuminurie findet eine Beeinflussung der Chlorausscheidung durch die Körperhaltung in dem Sinne statt, daß bei Orthostatismus Chlor in geringerer Menge ausgeschieden wird, als bei Bettruhe. Nach anderweitigen Beobachtungen liegt dieses Verhalten auch bei Nierenkranken vor.

Die zur Untersuchung gelangten Kinder mit orthostatischer Albuminurie reagierten auf eine einmalige Kochsalzgabe teils mit verlangsamter, teils mit beschleunigter, teils mit normaler NaCl-Ausscheidung, d. h. sie zeigten Reaktionsweisen, wie sie ebenfalls bei verschiedenen Formen von Nephritis und in verschiedenen Stadien desselben nephritischen Prozesses beobachtet worden sind. Hecker.

Keimer (Düsseldorf), Ein Beitrag zur Frage der akuten Osteomyelitis der flachen Schädelknochen. (Deutsche med. Wochenschrift. 1907. Nr. 28.) Der ein 13 jähriges Mädchen betreffende

Fall ist besonders in ätiologischer Hinsicht höchst bemerkenswert. Es handelte sich um eine Phlegmone des Zellgewebes der Orbita und Osteomyelitis des Stirn- und Scheitelbeins. Woher stammte aber die Infektion? Das Naseninnere bot absolut normale Verhältnisse, eine Infektionskrankheit, ein Trauma waren nicht voraufgegangen. Man stand vor einem Rätsel, das sich erst später lichtete. Erst auf die wiederholten Fragen nach der Vorgeschichte des Kindes fiel es den in einem sehr aufreibenden Geschäfte tätigen und mit einem sehr reichen Kindersegen bedachten Eltern ein, daß die Pat. einige Wochen vor ihrer jetzigen Erkrankung ein sehr ausgedehntes Hordeolum an der äußeren Kommissur rechts gehabt hatte, dem die Eltern, da das Kind öfter, wenn auch an kleineren Gerstenkörnern litt, keine ursächliche Bedeutung beigelegt hatten. Damit war wohl das Rätsel der Ätiologie gelöst. Ist es doch eine öfter gemachte Erfahrung, daß das Furunkel oder ihm ähnliche Prozesse erst nach längerer Zeit schwere Infektionen regionär oder allgemein hervorrufen können. So hält K. es auch hier für zweifellos, daß die Quelle der Infektion dieses Hordeolum war, von dem aus (es soll noch lange ein Knoten am oberen Augenlid vorhanden gewesen sein) hoch virulente Keime in die Blut- oder Lymphbahn kamen, welche das periorbitale Binde- und Fettgewebe infizierten. Von hier aus leitete sich die Entzündung weiter auf die Breschetschen diploëtischen Venen des rechten Stirnbeins und die hier beim Fehlen der Stirnhöhle besonders reichlich entwickelte Spongiosa. Von der Vena diploëtica frontalis dextra infizierte sich auch das linke Frontale, die Stirnhöhle erkrankte erst sekundär. Gegen ihre primäre Erkrankung spricht das absolute Fehlen jeglicher Erscheinung auch in der Nase. Der recht schwere Fall nahm einen glücklichen Ausgang, was wohl in erster Linie der frühzeitig und radikal ausgeführten Operation zu danken war.

Grätzer.

W. Böcker, Über paralytische Luxationen der Hüfte, ihre Entstehung und Behandlung. (Deutsche med. Wochenschrift. 1907. Nr. 28 u. 29.) B. kommt zu folgenden Schlüssen:

1. Die spinale Kinderlähmung kann zu einer paralytischen Luxation der Hüfte führen.

2. Für die Entstehung einer paralytischen Luxation ist die antagonistisch-mechanische Theorie Seeligmüllers heute allgemein gültig.

3. Die paralytische Luxation nach vorn oder nach hinten entwickelt sich dann, wenn im Muskelapparat das Gleichgewicht gestört ist, d. h. wenn die eine Muskelgruppe die andere überwiegt. Die mechanischen Momente spielen nur eine untergeordnete Rolle.

4. Die Luxation nach hinten kommt häufiger vor, als bisher beobachtet wurde.

5. Die Luxation nach vorn läßt sich aus der typischen Abduktionskontraktur und dem Fühlen des Schenkelkopfes unter dem horizontalen Schambeinast nicht immer richtig erkennen.

6. Das Röntgenbild ist stets ausschlaggebend und gestattet eine sichere Unterscheidung zwischen einer wirklichen Luxation und Subluxation, eventuell mit Nearthrosenbildung.

7. Wirkliche Luxationen nach vorn, die durch Röntgenbilder gestützt sind, existieren in der Literatur nicht, nur Subluxationen, eventuell mit Nearthrosenbildung.

8. Die prophylaktischen Maßnahmen zur Verhütung der Lähmungskontrakturen, bzw. des Entstehens einer paralytischen Luxation sind von größter Wichtigkeit.

9. Bei wirklicher Luxation, nach vorn wie nach hinten, ist in frischen Fällen nach vorheriger Tenotomie das Redressement zu versuchen, in älteren Fällen ist die blutige Reposition nach Karewski vorzunehmen.

10. Bei Subluxation, eventuell mit Nearthrosenbildung nach vorn, ist bei geringen Kontrakturen eine orthopädische Behandlung oder das Redressement, bei stärkeren Kontrakturen die offene Durchschneidung der kontrakten Muskeln und Gipsverband in extendierter und adduzierter Stellung zu empfehlen. Grätzer.

Arnold Wittek, Zur operativen Therapie der seitlichen Kniegelenksverkrümmungen. (Beitr. z. klin. Chir. Bd. 46. S. 29.) W. empfiehlt für die Therapie der seitlichen Kniegelenksverkrümmungen wiederum die lineare Osteomie, die das Femur supracondylär von der Seite durchtrennt, wobei die Trennungslinie von der Beugeseite distal nach der Rückseite proximal verläuft und mit der Längsachse des Knochens einen Winkel von ca. 40° einschließt. Bei der Nachbehandlung kommt der Extensionsverband zur Anwendung. Nach der Hautnaht wird ein leichter zirkulärer Verband angelegt, der aber nur knapp nach oben und unten die Operationswunde deckt. Über das übrige unbedeckte Bein und über den Zirkulärverband bis an die Hüftbeuge hinaufreichend werden erst die seitlichen Extensionsstreifen angelegt. Die Extensionsverbände wurden nach 3—4 Wochen durch Gipsverbände mit Charnieren am Knie ersetzt. In der 8.—10. Woche wurden die Patienten mit völlig gebrauchsfähiger, gerade gestellter Extremität, mit völlig frei beweglichen Gelenken arbeitsfähig entlassen. Ist der Sitz der Verkrümmung nicht das untere Ende des Femur, sondern, wie namentlich bei rachitischen Deformitäten, das obere Ende der Tibia, so wird die Tibia am Sitze der Verkrümmung knapp unter der Epiphyse in ganz derselben Weise schief durchtrennt. Hierbei läßt sich allerdings die vollständige Korrektur erst im Extensionsverband durch Steigerung des angehängten Gewichtes sowohl am Längs- als am Seitenzug erzielen. Aber auch in diesen Fällen waren die Endresultate günstig. Die Tibia brauchte in W.s Fällen niemals durchtrennt zu werden. Unter den 11 bisher nach dieser Methode Operierten befand sich auch ein Patient im Alter von 18 Jahren, bei dem die Verkrümmung sowohl am unteren Femurende als auch am oberen Tibiaanteile ihren Sitz hatte. W. vollführte sowohl am Femur als an der Tibia die schiefe Osteotomie mit nachfolgendem Extensionsverband. In diesem Falle stellte sich in der Korrektur mutmaßlich durch Zerrung des Nervus peroneus eine leichte Parese desselben ein, die aber allmählich zurückging.

Joachimsthal (Berlin).

A. Stoffel, Eine seltene Indikation zur Sehnenverpflanzung. (Zeitschr. f. orthopäd. Chir. Bd. 17. S. 160.) In dem von St. mitgeteilten

Falle wurde bei einem 8jährigen Mädchen ein Tumor exstirpiert, der die mediale und einen großen Teil der lateralen Hälfte der rechten Wadenmuskulatur in ihrer ganzen Dicke durchsetzte, mit der Tibia aber in keinem Zusammenhang stand. Die mittleren und distalen Partien des Tumors waren hart und führten Knochenspangen. Bei der anatomischen Untersuchung ergab sich eine Myositis interstitialis, nach dem weiteren Verlauf und der Rückbildung einer ähnlichen linksseitigen Geschwulst unter Jodkaligebrauch zu urteilen, durch Lues bedingt.

Da der Triceps surae durch die von Vulpius vorgenommene Exstirpation des Tumors reichlich $^4/_5$ seines Volumens eingebüßt hatte, außerdem durch die sehr mangelhafte Wiedervereinigung der durch eine voraufgegangene Tenotomie getrennten Sehnenstümpfe schwer in seiner Funktion geschädigt war, wurden einen Monat nach der Exstirpation des Tumors beide Peronei durch einen Schnitt an der Außenseite des Unterschenkels freigelegt. Ein kleiner 2 cm langer Schnitt unter dem Malleolus lateralis brachte die Sehne des Peroneus longus zur Darstellung, die, um hinreichend lang auszufallen, hier abgetragen wurde. Der periphere Sehnenstumpf dieses Muskels wurde mit doppelten starken Seidenfäden aufsteigend mit dem Peroneus brevis in Verbindung gebracht, indem die Seidenfäden durch das Retinaculum musc. peronei longi aufwärts durchgezogen und an dem Muskelbauch des Peroneus brevis befestigt wurden. Durch sichelförmige Verlängerung des lateralen Schnittes wurden die Achillessehne und der Calcaneus freigelegt, an welch letzteren der zentrale Stumpf der Peroneus longus-Sehne unter mäßiger Spannung angenäht wurde. Bei einer Nachuntersuchung nach 2 Jahren erwies sich die Stellung des Fusses und seine Beweglichkeit als vollkommen normal.

Joachimsthal (Berlin).

Arth. Mayer (Berlin), Über das Vorkommen von Gallensäuren in der Frauenmilch. (Berliner klin. Wochenschrift. 1907. Nr. 27.) Eine Wöchnerin bekam Darmkatarrh und Ikterus. Letzterer nahm rasch zu; der einige Wochen alte Säugling bekam heftiges Erbrechen, das sich nach dem Absetzen sehr rasch verlor. Die Milch wurde untersucht und Gallensäuren, besonders Taurocholsäure, darin gefunden. Als dieser Nachweis einige Tage später nicht mehr gelang, wurde das Kind wieder angelegt; es erbrach jetzt nicht und gedieh aufs beste. Dabei hatte bei der Mutter die ikterische Hautverfärbung sogar noch zugenommen, und der Harn enthielt große Mengen Gallenfarbstoff.

Es ist also das Vorkommen von Gallensäuren in der Milch ikterischer Frauen sichergestellt, allerdings nur im ersten Stadium des Ikterus. Es erscheint ratsam, Kinder bei schwerem Ikterus der Mutter zu Beginn der Krankheit von der Brust zu nehmen.

Grätzer.

J. Peiser, Über das habituelle Erbrechen der Säuglinge („Speikinder“). (Aus der Univers.-Kinderklinik zu Breslau.) (Berl. klin. Wochenschrift. 1907. Nr. 29.) P. beschäftigt sich mit den verschiedenen Kategorien der „Speikinder“. Er unterscheidet:

1. Die „Spei-“ und trotzdem „Gedeihkinder“, Brustkinder, die infolge dauernder Überernährung und Außerachtlassung regelmäßiger Trinkpausen unmittelbar nach der Nahrungsaufnahme das „Überschüssige“ ausspeien. Hebt man die Ursache des Speiens auf, so speien diese Kinder nicht mehr; anderenfalls kommt es zu akuten Ernährungsstörungen. Schuld am Speien ist hauptsächlich das Milchfett. Die Therapie ist erfolgreich, wenn sie dieses herabsetzt, sei es in Form der Verkleinerung der Einzelmahlzeit, sei es in Form der Abrahmung, am einfachsten mit Schmälerung der Gesamttagesmenge durch Vergrößerung der Nahrungspausen.

2. Die leicht erregbaren, hypertonischen Kinder, die sich in gleichem Maße bei künslich genährten wie bei Brustkindern finden und bis im zweiten Lebenshalbjahr speien, dann immer seltener. Es sind neuropathisch veranlagte, unruhige Kinder mit leisem, kurzem Schlaf, rasch wechselnder Stimmung, erhöhtem Tonus der Muskulatur usw. Es gibt Familien, wo sämtliche Kinder derartig „nervös“ sind und monatelang speien, bis man zu festerer Nahrung übergeht. Es handelt sich hier wohl um „nervöses“ Erbrechen, wobei ein reflektorischer Pylorospasmus vielleicht den primären Faktor abgibt.

3. Die schlaffen, atonischen, im Wachstum, Gewicht, Entwicklung erheblich zurückgebliebenen Kinder. Sie speien nur, wenn man sie nach dem Trinken nicht ruhig liegen läßt, und zwar nicht im Strahl, sondern der Mageninhalt rinnt einfach zum Mundwinkel heraus, und zwar oft noch mehrere Stunden nach dem Trinken. Die Magenperistaltik ist sehr schwach, der ganze Magen sehr gedehnt, atonisch. Die Therapie muß hier eine allgemeine sein, die Gesamtkonstitution heben.

4. Die von einer akuten Ernährungsstörung noch nicht völlig wiederhergestellten Kinder, ebenfalls in schlechtem Ernährungszustande. Sie haben eine Intoleranz gegen Milchfett zurückbehalten. Hier feiert die fettarme Malzsuppe ihre Triumphe.

Eine seltene Ursache habituellen Erbrechens fand sich in einem von P. beobachteten Falle: eine fötale Peritonitis und deren Residuen. Das Kind blieb am Leben; vielleicht lösten sich die Adhäsionen allmählich.

Grätzer.

H. Netter, Bedeutung der Protargolsalbe für die Narbenbildung. (Berliner klin. Wochenschrift. 1907. Nr. 29.) N. berichtet über einen sehr schweren Fall von Verbrennung bei einem 8 jährigen Knaben, bei dem Protargolsalbe ausgezeichnet wirkte.

„Die Verletzung betraf den linken Oberschenkel in seiner ganzen Zirkumferenz, von der Leiste bis an die Innen- und Unterseite des Kniegelenks, die linke Unterbauchseite, Regio pubica, Penis, rechte Unterbauchseite, rechten Oberschenkel, Damm und die linke Hand. Bis auf den linken Oberschenkel, dessen Weichteile verkohlt waren, zeigten die anderen Stellen Verbrennungen zweiten Grades. Die Verletzung geschah am 13. August 1906, am 25. waren bis auf den linken Oberschenkel alle Weichteile unter Verbänden mit Bardelebens Wismut-Brandbinde nahezu geheilt. Am linken Oberschenkel hatte unterdessen eine demarkierende Eiterung eingesetzt, und es ließen sich

große, zusammenhängende Gewebsfetzen abziehen, unter denen eine schmierig eitrige und blutende Wundfläche zutage trat. Mit einer stattlichen Reihe von chemischen Körpern in Salben- und Pulverform — auch die sonst wertvolle Wismut-Brandbinde versagte in diesem Stadium völlig — wurde nun die Reinigung und Granulationsbildung der großen Wundfläche angestrebt. Wohl kam es zu einem solchen Ansatz von Granulationen, aber er blieb in Quantität, weit mehr noch in Qualität, lange Zeit durchaus mangelhaft. Am 10. Dezember wurde in Narkose eine gründliche Abkratzung der ganzen großen Wundfläche von den mißfarbenen, schlaffen Granulationen vorgenommen, die Wundränder energisch angefrischt und die ganze, bis auf die Oberschenkelfaszie reichende Wunde mit 10 $^0/_0$ iger Protargolsalbe bedeckt. Der dabei assistierende Kollege machte den Vorschlag, den Knaben zum Zwecke der Transplantation dem Krankenhaus zu übergeben. Es war für mich keine kleine Genugtuung, zu sehen, wie die große Wundfläche unter der Protargolsalbe nach der Abkratzung unverkennbar rasch sich mit gesunden Granulationen anfüllte und wie schnell sich eine Epidermisierung etablierte. Die Heilung war von Mitte Dezember ab eine ganz sichere und ungestörte. Anfangs April war die Wunde dreimarkstückgroß, der Knabe längst außer Bett, zur Zeit der Abfassung dieser Zeilen war völlige Vernarbung eingetreten. Und all dies bei denkbar sparsamster Applikation der Salbe — in einem langwierigen Fall kein unwichtiger Umstand. Während der ganzen Dauer der Protargolanwendung war nicht das geringste von unerwünschter Nebenwirkung auf die angrenzenden Hautpartien zu sehen. Hervorgehoben sei zum Schluß noch ein sehr wichtiges Moment: Die Narbe ist sehr weich und geschmeidig geworden, und ich erblicke in dieser Tatsache eine noch wertvollere Eigenschaft des Protargols als es seine, die Epidermisierung anregende Kraft an sich ist.“

Grätzer.

A. Bickel, Masern und Appendizitis. (Berliner klin. Wochenschrift. 1907. Nr. 29.)

Es handelt sich um einen Patienten im Alter von 22 Jahren, der auf der Durchreise von Paris nach Petersburg in Berlin am dritten Tage seines Aufenthalts daselbst erkrankte.

Bei der ersten Untersuchung des Kranken, die B. am Spätnachmittage vornahm, erhob er folgenden Befund: Temp. 38,6° C. Puls 96. Conjunctivitis, starke Lichtscheu, Rhinitis, Rötung des Rachens, Bronchitis diffusa und Husten. Über der rechten Lungenspitze und in der rechten Infraklavikulargrube Resistenzvermehrung. Typisches Masernexanthem im Gesicht, geringes Exanthem am Rumpfe und an den Extremitäten. Im Urin eine Spur Albumen. Abdomen weich, nirgends druckempfindlich, besonders auch Blinddarmgegend frei von Druckschmerz. Letzte Stuhlentleerung am Tage zuvor.

Am Morgen des folgenden Tages trat plötzlich neben Kolikschmerzen Erbrechen auf. Das Erbrechen wiederholte sich bis zum Mittage mehrmals und hielt auch am Nachmittage an. Der Patient brach selbst geringe Flüssigkeitsmengen, die er zu nehmen suchte, fast momentan wieder aus.

Bei der Untersuchung fand B. eine starke Druckempfindlichkeit in der Blinddarmgegend, geringen Druckschmerz im Abdomen links unten und in der Magengegend. Die Temperatur stieg am Abend bis 40,3° C. Puls 100, kräftig. Das Masernexanthem hatte sich über den ganzen Körper verbreitet.

Die Diagnose auf Appendizitis wurde einmal im Hinblick auf den lokalen Befund, dann aber mit Rücksicht auf die Anamnese gestellt, aus der sich ergab, daß der Patient ca. 2 Monate, ehe er in B.s Behandlung kam, einen leichten

Anfall von Appendizitis und vor dem Ausbruch des russisch-japanischen Krieges, den er in guter Gesundheit mitmachte, seine erste Blinddarmentzündung durchgemacht hatte.

Der wegen einer eventuellen Vornahme der Operation zu Rate gezogene Professor Dr. Rotter, pflichtete der Diagnose eines mittelschweren appendizitischen Anfalls bei. Obschon diese Krankheit erst seit einigen Stunden manifest geworden war und der Fall somit für die Frühoperation an sich durchaus geeignet gewesen wäre, wurde wegen der floriden Masern und des in erster Linie auf sie zu beziehenden hohen Fiebers von der Operation Abstand genommen, besonders auch da die Beschaffenheit des Pulses auf eine peritoneale Affektion nicht hindeutete.

Unter der üblichen internen Behandlung (kleine Öleinläufe von 100—150 ccm, mäßige Morphiumgaben, Eisblase auf das Abdomen) hörte das Erbrechen auf, und die Schmerzen gingen zurück. Am folgenden Morgen war ein kritischer Temperaturabfall zu konstatieren. Die Rekonvaleszenz verlief in normaler Weise.

Die Entscheidung: operieren oder nicht operieren war deshalb besonders schwer, weil infolge der gleichzeitig bestehenden Masernerkrankung für die Beurteilung der Schwere des appendizitischen Anfalls das Ergebnis der Temperaturmessung nicht verwertet werden konnte. Bei der Analyse des ganzen Krankheitsbildes ist man in der Tat in solchen Fällen leider zu sehr auf eine intuitive Schätzung angewiesen, wenn man die Grenzen der beiden konkurrierenden Krankheitsprozesse gegeneinander abstecken will.

Dazu kam, daß Beobachtungen über den Einfluß der exanthematischen Infektionskrankheiten auf den Erfolg der Frühoperation bei Appendizitis kaum vorliegen. Vielleicht regt obige Mitteilung eine Erörterung dieser Frage an. Grätzer.

Weikard (Neu-Ulm), Zur Kasuistik der Ptomainvergiftungen. (Münch. med. Wochenschrift. 1907. Nr. 27.) Eine ganze Familie (6 Personen) erkrankte, nach Genuß eines Puddings am Tage vorher, mit Brechdurchfall, Leibschmerzen, Schwindel, Fieber, kleinem, frequentem Pulse und großer Mattigkeit. Die Erscheinungen verschwanden erst nach einer Woche wieder. Der Pudding zeigte keine besonderen Merkmale, und doch enthielt er, wie eine genauere Untersuchung ergab, sehr gefährliche Ptomaine. Zu seiner Bereitung war seit einigen Tagen übrig gebliebenes Eiweiß verwendet worden, das in einem schlecht gelüfteten, kein Eis enthaltenden Eisschrank aufbewahrt worden war. Gerade in solchen, den ganzen Sommer über mit Eis gefüllten und zum Aufbewahren von Speisen benützten Eiskästen werden bei der nach Weglassen des Eises eintretenden höheren Temperatur Massen von Bakterien lebendig. Solche Kästen sollten mehrmals im Jahre mit heißer Sodalösung gereinigt und desinfiziert werden (Autan dürfte sich hierzu besonders eignen!). Ganz besonders notwendig ist diese Desinfektion und auch Sorge für gute Lüftung des Eiskastens, wenn man ihn nicht mehr mit Eis beschickt, aber dennoch Speisen in ihm aufbewahrt. Grätzer.

K. Potpeschnig, Ernährungsversuche an Säuglingen mit erwärmter Frauenmilch. (Aus der kgl. Univers.-Kinderklinik in München und dem Münchner Säuglingsheim.) (Münchner med. Wochenschrift. 1907. Nr. 27.) Es schien von Interesse, festzustellen, ob eine Erwärmung der Milch auf Temperaturgrade, die mit eingreifenden chemischen Veränderungen des Substrates nicht einhergehen, den

spezifischen Nutzwert der arteigenen Nahrung beeinträchtigt. Es handelte sich mit anderen Worten darum, zu prüfen, ob jene Nutzstoffe, die allem Anschein nach „koktolabil" sind, das heißt beim Erhitzen auf 100° zerstört werden, auch „thermolabil" im Sinne der Terminologie von Ehrlichs Schule sind, das heißt, bei Erwärmung auf 55—60° unwirksam werden.

Die Versuchsanordnung war folgende: Es wurden zwei, je 1 Monat alte, gesunde, frühgeborene Kinder (beides Mädchen) mit 2200 bzw. 2600 g Gewicht ausgewählt und je einer bestimmten Amme zur Ernährung an der Brust zugeteilt. Frühgeborene Kinder wurden vorgezogen, weil bei denselben einmal eine deutlichere Reaktion, ein empfindlicherer Ausschlag zu erwarten war und sich die geringeren, nötigen Milchmengen leichter beschaffen ließen, als der Bedarf eines normalen Kindes. Nachdem das Gedeihen der Kinder an der Brust der ihnen zugewiesenen Ammen sichergestellt war, spritzten diese die nötige Tagesmenge Milch in je ein steriles Glasgefäß ab, das in einem verschlossenen Eisschrank verwahrt wurde. Diese im Laufe des Tages gewonnene Mischmilch jeder Amme wurde in 6 sterile Flaschen abgefüllt und an die Kinder verfüttert. Beim Einsetzen dieser Ernährungsart mit abgedrückter Milch traten leichte Gewichtsverluste ein, die wohl im Ersatze des natürlichen Saugaktes an der Brust durch den an der Flasche begründet sein mochten. Allein diese Störung war eine nur ganz vorübergehende; nach wenigen Tagen zeigte die Kurve wieder dieselbe steigende Tendenz wie zur Zeit der Ernährung an der Brust selbst.

Vom siebenten Tage an wurde nun die abgedrückte, ganz gleich wie bisher behandelte Milch durch 30 Minuten im Wasserbade auf 60° C. erwärmt gehalten, hierauf wieder in den Eisschrank gebracht und zu den gleichen Stunden (trinkwarm) verfüttert. Die Kurve zeigte auch weiterhin denselben Anstieg wie früher; die Stühle, die regelmäßig (auch mikroskopisch) kontrolliert wurden (schon um eine geheime Zufütterung von Kuhmilch auszuschließen), blieben gleich schön homogen, das Befinden und der Turgor der Kinder zeigten sich andauernd gleich gut, kurz, es blieb jede Schädigung oder richtiger gesagt jeder erkennbare Ausfall von Nutzen während der durch 17 Tage fortgesetzten Ernährung mit auf 60° C. erhitzter Frauenmilch aus.

Ist nun durch diese Versuche die Annahme widerlegt, daß bei natürlicher Ernährung thermolabile Nutzstoffe im Spiele sind? Sicherlich nicht, insbesonders nicht nach dem Ergebnis der weiter fortgesetzten Beobachtung der beiden Versuchskinder. Infolge eintretenden Ammenmangels mußten beide Kinder unmittelbar nach dem Versuche plötzlich abgestillt und weiterhin künstlich ernährt werden. Auch dieser Nahrungswechsel hatte aber keinen Absturz der Gewichtskurve und keine irgend bemerkenswerte Beeinträchtigung des Allgemeinbefindens zur Folge. Die beiden Versuchskinder gehörten somit in jene Klasse von Säuglingen, welche die Muttermilch samt ihren Nutzstoffen — wenigstens in einer gewissen Periode — ohne (sichtbaren) Schaden entbehren können. Die dieser Klasse angehörigen Individuen waren natürlich als Reagenzien nicht verwendbar. Wenn ein Kind abgekochte Kuhmilch schadlos

erträgt, dann wird es wohl auch bei einer auf 60° erwärmten Frauenmilch gedeihen, denn dann ist es eben befähigt, aus eigenen Mitteln jene Nutzstoffe zu beschaffen, deren Bezug betreffend andere Säuglinge auf die mütterliche Brust angewiesen sind. Es wird somit die eingangs gestellte Frage erst durch analoge Ernährungversuche an Säuglingen entschieden werden können, welche mit künstlicher Nahrung nicht zu gedeihen vermögen, welche zur Heterodystrophie neigen.

Solche Versuche gedenkt P. auszuführen. Grätzer.

P. Sittler, Vergleichend-therapeutische Versuche bei Rachitis. (Aus der Kinder-Poliklinik und -Klinik Straßburg.) (Münch. med. Wochenschrift. 1907. Nr. 29.) Die Versuche erstreckten sich auf ein Material von über 200 Kindern mit mehr oder weniger schweren Symptomen von florider Rachitis. — Angewandt wurden folgende Präparate:

Eisen in Form von Liq. ferri albuminat. zu 10—20 Tropfen	mehrmals täglich je nach dem Alter	
und Tinct. ferri pomat. zu 4— 5 Tropfen		

Chlorkalium (Kalium chloratum) 1—2 mal tägl. 0,1 g.

Glyzerinphosphorsaures Kalium	in 50%igen Lösungen	1—3 mal tägl. 0,1 g
„ Natrium		
„ Kalzium	als Pulver	
„ Eisen		

Lezithin in Tabletten à 0,025 g zu 2—4 Stück tägl.
Carniferrin in Pulvern von 0,1—0,2 g tägl.

Acidum nucleïnicum aus Hefe dargestellt	als Pulver zu 0,1 bis 0,4 g tägl.
Acidum nucleïnicum animale	
Natrium nucleïnicum	
Ferrum nucleïnicum	

Phosphorlebertran (0,01 : 100,0) 1—2 Teelöffel tägl.
Phytin 0,5—1,0 pro die.

Die Versuche wurden derart durchgeführt, daß bei jedem Patienten während der Dauer von mindestens $1^1/_2$—2 Monaten und länger, soweit sie nicht vorzeitig der Behandlung entzogen wurden, eines der Präparate allein oder Kombinationen von mehreren Präparaten gegeben wurden.

Es ist S., mit alleiniger Ausnahme der Nukleïnsäure und ihrer Verbindungen, nicht gelungen, mit einem der sonst versuchten Präparate irgendwelche Einwirkung auf den rachitischen Prozeß zu erzielen. Zwar machte sich in den meisten Fällen ein günstiger Einfluß der verabreichten Präparate auf den Appetit und in der Folge auf das Körpergewicht bemerkbar, auch hat S. in vielen Fällen nach Anwendung der glyzerinphosphorsauren Salze und des Carniferrins ein Verschwinden der bei Rachitis oft vorhandenen nervösen Störungen gesehen, aber eine Wirkung auf den Knochenprozeß schienen nur die Präparate der Nukleïnsäure zu haben, und hier wieder die aus Hefe dargestellte Nukleïnsäure schwächer als die drei anderen Präparate. — Ein schädlicher Einfluß auf den rachitischen Knochenprozeß, speziell die Kraniotabes, fiel bei Chlorkalium auf, besonders bei Kindern unter 2 Jahren; in einem Fall nahmen die Kraniotabes

(und der Rosenkranz) unter Gebrauch von täglich 0,15 KCl innerhalb eines Monats so schnell zu, daß S. die weitere Anwendung des Präparates aufgab. Das andere gegebene Kaliumsalz (der Glyzerinphosphorsäure) hatte keine so auffällige Verschlechterung der Rachitis zur Folge.

Es lag nahe, die Nukleïnsäure und deren Salze in Kombination mit den Glyzerinphosphaten zu geben, der Vollständigkeit halber hat S. auch verschiedene andere Kombinationen der oben erwähnten Stoffe auf ihre Wirksamkeit untersucht, Phosphorlebertran mit Eisenpräparaten, Carniferrin mit Glyzerinphosphaten und Lezithin, Phytin mit den gleichen Präparaten zusammen. Von diesen zuletzt genannten Kombinationen hat S. keinen Einfluß auf den rachitischen Prozeß gesehen (bei 2 älteren Kindern besserte sich die Rachitis etwas nach Phytin plus Glyzerinphosphaten), während die gleichzeitige Anwendung von Nukleïnsäure und nukleïnsauren Salzen mit Glyzerinphosphaten viel besser auf die Rachitis einzuwirken schien, als Nukleïnsäurepräparate allein (Nukleïnsäure und Carniferrin wirkten nicht besser als Alleinanwendung von Nukleïnsäure; Natrium nucleïnum, Calcium glycerinophosphoricum und Eisen — außer bei stark anämischen Kindern — nicht besser als Nukleïnsäure-Glyzerinphosphorsäure). — Am meisten hat S. gleichzeitig verabreicht:

Natrium nucleïnicum zu 0,2—0,5 g und Calcium glycerinophosphoricum zu 0,1—0,25 g (beide als Pulver)

oder:

Komprimierte Tabletten zu 0,1 g Natrium nucleïnicum plus 0,05 g Calcium glycerinophosphoricum (2—5 Stück tägl. je nach dem Alter der Kinder).

Die Firma Merck (Darmstadt) machte S. darauf aufmerksam, daß die Präparate in kalter Lösung (Zuckerwasser, Milch) oder direkt (Schokoladetabletten) gegeben werden sollen. Acidum- oder Ferrum nucleïnicum in Verbindung mit Ferrum-, Natrium- (oder Calcium-) glycerinophosphoricum wurden weniger oft gegeben, weil nach den drei ersteren Präparaten einigemal Durchfall auftrat, während mit Natrium glycerinophosphoricum in 50%iger (dicklicher) Lösung schwerer zu arbeiten war. Die Empfehlung von glyzerinphosphorsaurem Kalzium gilt nicht dem Kalziumpräparat, sondern der Glyzerinphosphorsäure, wenngleich S. keineswegs den Siegertschen Standpunkt vertritt, der vorschlägt, man möge „bei künftigen Versuchen, Rachitis experimentell zu erzeugen, eher zuviel Kalk verfüttern als zuwenig". Dagegen möchte S. bei der (neben einer medikamentösen Therapie) nicht zu vernachlässigenden diätetischen Behandlung der Rachitis Nahrungsmittel mit starkem Kaliumgehalte vermieden wissen, wie Kohlarten, Hülsenfrüchte und besonders Kartoffeln, die ja in den Bevölkerungsschichten, die den höchsten Prozentsatz von Erkrankungen an Rachitis bieten, eines der Hauptnahrungsmittel sind.

Grätzer.

E. Hagenbach-Burckhardt, Über 2 Fälle von Heilung von Narbenstrikturen des Ösophagus durch Thiosinamin. (Aus dem Kinderspital in Basel.) (Medizin. Klinik. 1907. Nr. 27.) Beide

Kinder hatten Natron- bzw. Kalilauge verschluckt. Das eine, 5 jährig, hatte eine Striktur, durch die auch die feinsten Sonden nicht passierten. Schon am Tage nach der zweiten Thiosinamininjektion hatte sich das Narbengewebe soweit gelockert, daß eine weiche 3 mm-Sonde durchging, und nach der siebenten Injektion passierte eine $9^1/_3$ mm-Sonde ohne Schwierigkeit. Vollständige Heilung. Der zweite Fall betraf einen 4 jährigen Knaben. Äußerste Abmagerung, profuses Erbrechen nach jedem Versuch der Nahrungsaufnahme, eine für eine Sonde von $2^1/_2$ mm durchgängige Striktur 20—24 cm von der Zahnreihe entfernt. Alle 2 Tage Injektion von 1, später $1^1/_2$ g. Bald 6 mm-Sonde durchführbar, allmähliche Besserung aller Erscheinungen und der Striktur, durch die eine 10 mm Sonde leicht passiert. Patient kann alle Nahrung ohne Beschwerden genießen. Grätzer.

Baumstark, Bad Homburg und seine Indikationen in der Kinderpraxis. (Zeitschrift f. physik. u. diätet. Therapie. Bd. 11. Heft 4.) Homburg vereinigt drei Quelltypen in sich, eisen-, kochsalz- und kohlensäurehaltige Quellen. Es eignet sich daher für sehr verschiedenartige Erkrankungen; und gerade die milde Komposition reiner Wässer läßt es als besonders empfehlenswert für die Kinderpraxis erscheinen. Zunächst ist es der chronische Magenkatarrh mit übermäßiger Schleimbildung und herabgesetzter oder ganz aufgehobener Salzsäureproduktion und den daraus resultierenden Verdauungsstörungen bei Kindern, der durch den Gebrauch der Homburger Kochsalzquellen sehr günstig beeinflußt wird. Auch die den Magenkatarrh häufig begleitende Obstipation wird durch die kalt genossenen Quellen häufig beseitigt, desgleichen Residuen abgeheilt operativer und nicht operativer Fälle von Appendizitis. Von den Erkrankungen der Leber und der Gallengänge ist es besonders der katarrhalische Ikterus, der durch die Homburger Kochsalzquellen der Genesung zugeführt wird. Ein gutes Angriffsobjekt stellt die Anämie und Chlorose bei genügend lange fortgesetztem Aufenhalt dar. Von Infektionskrankheiten kommt vor allem der bei Kindern so häufige Gelenkrheumatismus für eine Homburger Kur in Betracht. Die nach Ablauf der akuten Störungen etwa zurückgebliebenen Gelenkveränderungen und die Neigung in Rezidiven werden durch die Sol- und Kohlensäurebäder Homburgs vortrefflich beeinflußt, ebenso die komplizierenden Erkrankungen des Endo- und Myokards. Freyhan (Berlin).

Roth, Ein Fall von tödlicher Benzinvergiftung. (Zeitschr. f. Medizinalbeamte. 1906. Nr. 24.) Bemerkenswert ist an dem Fall in toxikologischer Hinsicht, daß obwohl das $1^1/_2$ jährige Kind nach allem nur eine minimale Menge Benzin getrunken haben konnte, der Tod schon eine Stunde nach dem Trinken des Benzins eintrat. Ärztliche Hilfe war dem Kind sofort zuteil geworden. Zu dem in unmittelbarer Nähe wohnenden Arzt kam das Kind schon pulslos, leicht komatös, mit erweiterten Pupillen. Von dem Befunde bei der 48 Stunden post mortem ausgeführten Sektion möge nur kurz mitgeteilt sein, daß Totenflecke die gewöhnliche blaurote Farbe hatten und nicht auffallend hellrot waren, und daß der für Benzinvergiftung charakteristische Geruch nach Anilin nicht bemerkt werden konnte. Am auffallendsten

ist der Befund beider Lungen: Auf der Oberfläche unter der Pleura überall dicht aneinanderstehende linsen- bis erbsengroße Blutungen, die vielfach zu größeren Flecken zusammengeflossen waren, sich 4 bis 5 mm weit in das Lungengewebe hinein erstreckten. Das Lungengewebe selbst war überall von unzähligen kleineren und größeren Blutaustritten durchsetzt, so daß die Lungen ein vollständig geflecktes Aussehen hatten. — Die chemische Untersuchung des Magen- und Darminhaltes ergab keine Spur von Benzin, wohl aber in den Organen, ein Beweis, wie schnell das Benzin in das Blut übergeht.

H. Netter (Pforzheim).

Alb. Uffenheimer, Warum kommen die Kinder in der Schule nicht vorwärts? (Ärztl. Rundschau. 1907. Nr. 27.) U. hielt vor der Schulkommission des Ärztlichen Vereins und der Gymnasiallehrervereinigung in München über dies Thema einen Vortrag und faßte am Schlusse desselben das Wichtigste in folgenden Sätzen zusammen:

Die Kinder, die in der Schule längere Zeit hindurch nicht vorwärtskommen, sind zumeist als nicht völlig normal in geistiger oder körperlicher Hinsicht zu betrachten. In sehr vielen Fällen erscheint zu ihrer Beurteilung die Mithilfe des Arztes notwendig, durch den oftmals eine Erkrankung festgestellt werden kann. Wenn somit auch für die Mittelschule die Anstellung von Schulärzten empfohlen wird, so möchte ich doch ausdrücklich hervorheben, daß für eine solche Stellung nicht jeder Arzt geeignet ist, sondern daß eine ganz besondere Vorbildung in der Kinderheilkunde, wie auch vollkommene Vertrautheit mit den psychologischen und psychiatrischen Untersuchungsmethoden verlangt werden müssen.

Bei der Aufdeckung der Krankheitsursachen müssen nicht nur die Verhältnisse in der Schule, neben den rein hygienischen, insbesondere die Größe des Lehrpensums und die Unterrichtsweise der Lehrer in Betracht gezogen werden, sondern auch das ganze Milieu, in dem der Schüler lebt und die Art seiner Beschäftigung außerhalb der Schule.

Besondere Berücksichtigung verdient das Pubertätsalter, in dem die Schüler sehr schonungsbedürftig sind. Der Lehrplan muß auf diese Tatsache mehr Gewicht legen, als dies bis jetzt geschehen ist.

Grätzer.

Josef Kavács, Was ergibt sich in bezug auf die Pathogenese der Lungentuberkulose nach Bestimmung der Infektionswege bei Fütterungs- und Inhalationsversuchen? (Zieglers Beiträge. Bd. 40. Heft 2. S. 281.) In der vorliegenden Arbeit werden die Resultate zahlreicher Tierversuche und umfangreicher Untersuchungen mitgeteilt, die zwar prinzipiell Neues nicht bringen, aber durch Bestätigung bekannter Dinge und durch Ergänzung mancher Lücken ein großes Interesse beanspruchen. Von den vielen bemerkenswerten Einzelheiten kann ein zusammenhängendes Referat nicht gegeben werden. Die Arbeit orientiert in knapper Form gut über die zur Diskussion stehenden und noch ungelösten Fragen. Auch aus den Experimenten K.s geht hervor, daß sich kein Beweis erbringen läßt, daß die Lungentuberkulose entweder nur aerogen oder

nur auf intestinalem Wege entsteht. Die im Experimente durch Fütterung oder Inhalation zustande gekommene Lungentuberkulose läßt keinen Schluß auf den Weg der Tuberkelbazillen zu, jedenfalls aber muß angenommen werden, daß in beiden Fällen eine Lungentuberkulose entstehen kann. Das Verhältnis, wie oft Lungentuberkulose auf intestinalem und wie oft auf aerogenem Wege entsteht, läßt sich experimentell nicht feststellen. Bennecke.

Gottfried Schönholzer, Ein retroperitoneales Teratom bei einem 2jährigen Knaben. (Zieglers Beiträge. 1907. Bd. 40. Heft 2. S. 349.) Der 2jährige, aus gesunder Familie stammende Knabe war bis 4 Tage vor seinem an Peritonitis erfolgenden Tode ganz gesund gewesen; er war nur durch seinen stets sehr dicken Bauch aufgefallen. Es fanden sich an ihm keinerlei Mißbildungen. Die Sektion ergab einen fast kindskopfgroßen, extraperitoneal gelegenen, höckrigen, auf dem Durchschnitt teils zystischen, teils soliden Tumor, der links der Wirbelsäule sitzend zwischen die Blätter des Mesenteriums eingewachsen war und durch strangförmige Verbindungen mit Teilen des Darmes, besonders des Magens in Verbindung stand. Er wies an einer Stelle eine runde Perforationsöffnung auf, aus der der bräunliche, geruchlose Inhalt der Zysten in die Bauchhöhle eingetreten und wahrscheinlich die Ursache der tödlichen Peritonitis geworden war. Bei der mikroskopischen Untersuchung fanden sich Bestandteile aller drei Keimblätter, sowie einige als Organanlage zu deutende Gewebsbestandteile. Sch. kommt deshalb zu folgendem Schlusse: „Wir haben es mit einem Funde zu tun, der als bigerminales Tridermon (Wilms), speziell Teratom im linken Cölomabschnitte des Trägers sich entwickelte und der als eine fötale Inklusion sich später beim Heranwachsenden im retroperitonealen Gewebe links der Wirbelsäule zeigte."

Bennecke.

Arthur Strauß (Barmen), Resultate der Uviollichtbehandlung bei Hautkrankheiten. (Dermatolog. Zeitschrift. Bd. XIII. Heft 11.) 350 Fälle von Hautkrankheiten aller Art hat S. mit Uviollicht behandelt und empfiehlt es angelegentlich auf Grund der guten kosmetischen Resultate. Besonders nässende Gesichtsekzeme, Akne, Alopesia areata usw. zeigten großen Erfolg (genau wie das Eisenlicht, mit dem man auch vorzügliche Resultate erzielt. Ref.). S. bestrahlt zunächst, meist einige Tage hintereinander, $^1/_2$—$^3/_4$ Stunde, bei leichteren Dermatosen später 2—3 mal wöchentlich. Bei oberflächlichen Dermatosen genügen nach einigen längeren Bestrahlungen 10, selbst 5 Minuten lange Sitzungen zur völligen Heilung. Stromstärke 3 bis 4 Ampère. Drucklinsen und Konzentrationslinsen dabei sind noch der Zukunft vorbehalten.

Interessant sind die Versuche von S. über die Durchlässigkeit der einzelnen Medikamente und Salben für das Uviollicht, die S. zu einer Kombinationsbehandlung mit Vorteil benutzt hat, daß er die Salben usw. aufträgt und dann gleich bestrahlt. Ein beachtenswerter therapeutischer Wink (den allerdings mit Eisenlicht bewußt oder unbewußt viele Therapeuten angewendet haben. Ref.).

James O. Wentzel (Zittau).

Silex, Zur Frage der operativen Behandlung des angeborenen Astigmatismus. (Zeitschrift f. Augenheilk. Bd. 16. Heft 6.) Verf. teilt einen Fall von angeborenem Astigmatismus hyperopicus von 6 D I bei einem Knaben mit. Er führte an demselben 3 mal eine subkonjunktivale Sklerotomie nach oben bzw. unten mit völliger Durchtrennung der Sklera aus. Der Astigmatismus verringerte sich dadurch rechts auf 2,5 D, links auf 1,5 D. Die Sehschärfe stieg von $^5/_{15}$ auf $^5/_{10}$—$^5/_{7,5}$. Schick.

Böhm, Kasuistische Mitteilung über einen Fall von Nasenstein. (Monatsschr. f. Ohrenheilk. 1907. Heft 1.) Bericht über einen kolossalen Nasenstein, den B. in mehreren Sitzungen einem Patienten mit Schlinge, Kornzange und Konchotom entfernte. Der Stein war unregelmäßig, tropfsteinartig geformt, äußerst brüchig und über taubeneigroß. Der Patient soll viel sogenannten Schmalzlertabak geschnupft haben, der bekanntlich zerriebenes Glas und Kalk enthält, außerdem soll er viel mit Kalkdünger gearbeitet haben. Durch eine bestehende Spina septi wurde die Entstehung des Fremdkörpers begünstigt. A. Sonntag.

Eschweiler, Die Behandlung der Mastoiditis mit Stauungshyperämie nach Bier. (Archiv f. Ohrenheilk. Bd. 71. Heft 1 u. 2.) Mit Kepler nimmt E. Stellung gegen das von anderen Otologen ausgesprochene abfällige Urteil über Stauungsbehandlung bei Mastoiditis. Er veröffentlicht 14 Krankengeschichten von akuten Mastoiditiden, die wahllos, wie sie zur Behandlung kamen, der Stauungstherapie unterworfen wurden. Benutzt wurde ein einfaches 2—3 cm breites Gummiband, welches mit Haken und Ösen versehen war; dasselbe wurde jeden Tag 20—22 Stunden getragen. Die Binde liegt dann richtig, wenn das Gesicht des Kranken sich leicht bläulich-rot verfärbt und ein etwas gedunsenes Aussehen bietet, bald zeigt sich auch hinter dem kranken Ohre ein rotes feuriges Ödem. Wo Eiter hinter dem Trommelfelle vermutet wurde, wurde die Paracentese gemacht, ebenso wurde bei deutlich fühlbarer Fluktuation hinter dem Ohre ein kleiner Einschnitt gemacht, sonst wurde die Reinigung des Gehörganges auf das allernotwendigste beschränkt und besonders von dem Gebrauch der Antiseptika Abstand genommen. Die Aufmeißelung des Warzenfortsatzes mußte zweimal vorgenommen werden. Von den 14 Fällen sind 11 geheilt, von den 3 nicht geheilten Fällen starben 2 Patienten, während der dritte in andere Behandlung überging. Die beiden Todesfälle legt E. nicht der Methode zur Last, er hält das Eintreten derselben auch ohne Stauung für sicher, da es sich im ersten Falle um lokalisierte eitrige Meningitis bei primärer Kuppelraumentzündung handelte, und im zweiten Falle die Diagnose auf otogene Sepsis oder Miliartuberkulose gestellt wurde, wo auch ohne Stauung von einem operativen Eingriff Abstand genommen worden wäre. E. bedauert, daß die Otologen bisher sich ablehnend der Stauungsbehandlung gegenüber verhalten haben, und ist überzeugt, daß bei Krankenhausbehandlung und steter ohrenärztlicher Kontrolle die Erfolge erfreulich sein werden. A. Sonntag.

B) Aus ausländischen Zeitschriften.

Aráoz Alfaro (Buenos Aires), Lutte sociale cont e le rachitisme et les dystrophies infantiles. (Archives de méd. des enf. Décembre 1906.) Die Rachitis ist, namentlich in den großen Städten, eine ungemein verbreitete Krankheit, und da sie das Individuum in einen Zustand von physiologischer Inferiorität versetzt, muß mit allen Mitteln gegen dieselbe angekämpft werden. In letzterer Beziehung müssen die verschiedenen prophylaktischen Maßregeln in zwei große Gruppen eingeteilt werden: solche, welche die Kollektivität und die Familie betreffen, und solche, die sich auf das Kind beziehen.

I. Vor allem muß dahin gestrebt werden, das Schicksal der armen Klassen zu verbessern, indem die Arbeit geregelt, die Überarbeitung verhindert, die Hygiene und Sicherheit der Arbeitslokale gebessert wird.

Eine besondere Gesetzgebung muß sich mit der Einführung hygienischer Verhältnisse in den Wohnungen der Armen befassen und die Errichtung gesunder, luft- und lichtreicher, billiger Wohnungen, mit Bevorzugung der Vorstädte großer Wohnzentren, fördern. Breite und gut gelüftete Straßenzüge, große Gärten und öffentliche Parke sollen überall angelegt werden.

Ein wichtiger Punkt ist eine bessere Bezahlung der Arbeit und eine Verbilligung der notwendigsten Nahrungsmittel, wie Fleisch, Milch und Brot, was man durch Besteuerung des Luxus und der Ausgelassenheit erzielen könnte.

In jeder Familie sollte der Mann soviel verdienen, um den Lebensunterhalt der Seinen sichern zu können, wodurch die Arbeit der Frau überflüssig werden würde, dieselbe könnte die Kinder beaufsichtigen und, was von besonderer Wichtigkeit ist, selbst säugen. Bis zur Verwirklichung dieses Wunsches muß schwangeren Frauen die Möglichkeit geboten werden, in der letzten Zeit ihrer Schwangerschaft auszuruhen, die Zahl der Arbeitsstunden muß eine geringere sein und zwischen denselben genügende Pausen gelassen werden, welche zur Stillung der Kinder werden sollen. Hierzu sollten neben allen großen Fabriken eigene Kinderbewahranstalten errichtet werden.

Der Alkoholismus muß bekämpft, andererseits Hygiene und Prophylaxis in den breiten Volksmassen verbreitet werden. Hebung des allgemeinen Wohlstandes und Verbreitung der Kultur sind zwei wichtige Punkte in der Prophylaxe der Rachitis. Solange die Eltern nicht ihren bequemen Lebensunterhalt haben können und keine genügende Bildung besitzen, ist es auch nicht möglich, daß sie sich in zweckmäßiger Weise mit ihren Kindern abgeben sollen.

II. Das neugeborene Kind hat das Recht, die Brust seiner Mutter zu erhalten. Man wiederholt es oft, doch wird es im Leben nur wenig beobachtet, obwohl man nicht verkennen kann, daß die Mutterbrust für das Kind sowohl Gesundheits- als auch Lebensgarantie bedeutet.

Die Zahl der Institute, wo die Säuglinge überwacht und die Mutter die nötige Belehrung erhalten, soll vermehrt werden. Man soll den notleidenden Müttern das Aufziehen ihrer Kinder erleichtern

und nur jenen erlauben, sich als bezahlte Ammen zu betätigen, deren Kinder eine genügende Pflege anderweitig haben können. Die von Fremden auferzogenen Kinder müssen einer stetigen und strengen Kontrolle unterworfen werden.

Endlich ist es von Wichtigkeit, den Milchhandel in genauer Weise zu regeln und zu beaufsichtigen und dahin zu wirken, den Preis dieses wichtigen Nahrungsmittels möglichst zu vermindern. E. Toff (Braila).

d'Astros (Marseille), Les oedèmes chez le nouveau-né et le nourrisson. (Revue mens. des malad. de l'enfance. Septembre 1907.) Ödeme sind bei Neugeborenen keine Seltenheit und treten hauptsächlich bei schwächlichen oder vorzeitig geborenen Kindern auf. In diesen Fällen dürften namentlich der schwach entwickelte Respirationsapparat und die mangelhaften Zirkulationsverhältnisse die Ursache der Erscheinung abgeben. Doch gibt es auch andere, mannigfache Gelegenheitsursache für die in Rede stehenden Ödeme, und der Verf. widmet denselben eine nähere Beschreibung. So sind von Wichtigkeit diejenigen Ödeme, welche im Verlaufe einer infektiösen Krankheit auftreten oder ein bereits bestehendes Ödem in besonderer Weise verschlimmern. Während bei den gewöhnlichen Ödemen der Neugeborenen kein Eiweiß im Harne gefunden wird, erscheint dasselbe regelmäßig, falls es sich um ein derartiges verschlimmertes Ödem handelt. Die Nabelschnurinfektionen, der infektiöse Ikterus und die broncho-pulmonalen Infektionen spielen die Hauptrolle in der Ätiologie desselben. Auch hereditär-syphilitische Kinder sind derartigen Ödemen ausgesetzt, es haben diese eine schlechte prognostische Bedeutung. Sie können in den ersten Tagen nach der Geburt oder einige Wochen später auftreten. Die Verbindung zwischen Ödem und hereditärer Lues ist eine so häufige, daß man immer bei langwierigen Ödemen der Neugeborenen, falls nicht andere Ursachen nachzuweisen sind, an Lues denken muß.

Lungenerkrankungen können in verschiedener Weise zur Bildung von Ödemen führen. Einerseits infolge infektiöser Erkrankungen dieses Organes, andererseits in mechanischer Weise, infolge heftiger Hustenstöße (Keuchhusten) oder Venenkompression, falls die Erkrankung an der Lungenspitze ihren Sitz hat. Meist sind das Gesicht und die oberen Extremitäten in derartigen Fällen von Ödem befallen.

Sehr wichtig sind die Ödeme, die im Verlaufe schwerer Magendarmerkrankungen bei Neugeborenen auftreten. Der Grund für dieselben können Nierenerkrankungen, die infolge der schweren Ernährungsstörung sich entwickeln, sein, oder auch Retention von Chlorverbindungen, wie auch Veränderungen des Nierenparenchyms zu ödematösen Infiltrationen Veranlassung geben können.

E. Toff (Braila).

Georges Petit (Lille), Origine intestinale de l'anthracose pulmonaire. (La presse médicale. 1906. Nr. 82.) Die physiologische Anthrakosis, die beim Greise sehr entwickelt ist, besteht beim Kinde nur in geringem Maße und wird beim Säugling gar nicht gefunden. Um zu sehen, wie sich bei letzterem Anthrakosis entwickeln kann, hat der Verf. folgende Versuche angestellt. 6 Kinder im Alter

bis zu einem Jahre, welche schwer krank waren (tuberkulöse und athreptische in vorgeschrittenem Stadium), erhielten durch eine dünne Magensonde 15—20 ccm einer Mischung von sterilisiertem Wasser mit je einem Kaffeelöffel von Tierkohle und Pflanzenkohle. Die kleinen Patienten vertrugen dies sehr gut, und als später, dem natürlichen Laufe der Krankheit zufolge der Tod eintrat, wurden Darm, Mesenterialganglien und Lunge auf absorbierte Kohlenteilchen untersucht und folgendes festgestellt. In zwei Fällen genügte bereits die makroskopische Untersuchung, um die Anthrakosis festzustellen; man sah feine, schwarze Teilchen unter der Pleura in der Höhe der Lungenspitze und des vorderen Lungenrandes, sowie auch in den interlobulären Räumen. Diese Verteilung entspricht derjenigen der physiologischen Anthrakosis, sowie auch der Lokalisation der Tuberkulose.

Die Untersuchungen der mit Pikrokarmin gefärbten Darmteile zeigten, daß die Kohlenteilchen durch die Darmzotten in die Lymphbahnen eintreten und von den Leukozyten bis unter den Peritonealüberzug des Darmes geführt werden. Von da gehen sie in die Mesenterialganglien über, in deren Rindensubstanz man sie in großer Anzahl vorfinden kann. Von hier gelangen sie im weiteren Verlaufe durch den Blutkreislauf in die Lungenkapillaren, können in die Alveolen oder auch in die subpleuralen Lymphbahnen gelangen.

Eine bedeutende Anthrakosis wird hauptsächlich bei tuberkulösen Kindern beobachtet, wohl aus dem Grunde, weil die Resistenzfähigkeit der Mesenterialganglien eine verminderte und hierdurch der Durchgang der Kohlenteilchen erleichtert ist.

Der intestinale Ursprung der physiologischen Anthrakosis scheint also durch diese Versuche erwiesen. E. Toff (Braila).

Marcel Labbé (Paris), Le role protecteur des ganglions lymphatiques. (La presse médicale. 1906. Nr. 97. S. 786.) Entgegen den Behauptungen von Noetzel, welcher den Lymphdrüsen die Rolle von Verteidigungsorganen des Organismus abspricht, hält der Verf. an der alten, zum Teil von ihm und Bezançon aufgestellten Lehre fest, daß die Drüsen des Lymphsystems eine wirksame Schutzwand gegen Infektionen des Gesamtkörpers abgeben.

In dieser Beziehung muß natürlich festgehalten werden, daß es vorkommen kann, daß infolge der großen Virulenz der in Betracht kommenden Mikroorganismen dieser Schutz ungenügend wird und es zu einer allgemeinen Infektion kommt, doch sind die Lymphdrüsen wirksame Schutzmittel gegen leichte und mittlere Infektionen. Letztere erfahren eine Abschwächung nach ihrem Durchtritte durch die Lymphdrüsen, Beweis dessen, daß Inokulationen pathogener Mikroben direkt in die Blutbahn viel gefährlicher sind, als subkutane.

Die immunisierende Wirkung verschiedener Sera gegen sehr virulente Infektionen zeigt in evidenter Weise die Rolle der Lymphdrüsen in der Verteidigung des Organismus. Wird einem Meerschweinchen eine Kultur von Diphtheriebazillen oder eine tötliche Dosis von Toxinen subkutan eingespritzt, so durchdringt die Infektion, bzw. Intoxikation, allsogleich die Drüse, welche nekrotisch wird und keinerlei defensive Kraft dem Feinde gegenüber entwickeln kann. Wird aber präventiv

oder gleichzeitig eine genügende Dosis antidiphtherischen Serums eingespritzt, so entwickelt sich eine intensive Reaktion in der Drüse und die Infektion kann diese Schutzwand nicht mehr durchdringen.

Daß die Drüsen die Virulenz der Mikroorganismen herabsetzen, konnte L. durch verschiedene experimentelle Untersuchungen nachweisen. In einem Falle von Erysipel des Neugeborenen töteten die Streptokokken aus der Hautwunde ein Kaninchen innerhalb 4 Tagen durch allgemeine Infektion, während diejenigen aus der entsprechenden Lymphdrüse dies erst nach einem Zeitraume von 2 Monaten bewirkten.

In ähnlicher Weise konnte eine Abschwächung der Virulenz bei einem pneumoniekranken Kinde festgestellt werden, insofern die Pneumokokken aus der Lunge eine Maus nach einem Tage töteten, während bei Anwendung der aus dem entsprechenden Bronchialganglion gezüchteten dies erst nach 4 Tagen der Fall war.

Durch die histologischen Untersuchungen kann die bakterizide Wirkung der Lymphdrüsen auch de visu festgestellt werden. Im Laufe von experimentellen Untersuchungen kann nachgewiesen werden, daß dieselbe eine doppelte Funktion erfüllen: 1. Die endothelialen und bindegewebigen Zellen der Drüsensinus verwandeln sich in Makrophagen und nehmen die Bakterien auf, wie man dies z. B. bei Anthrax direkt beobachten kann. Auf diese Weise werden die Mikroorganismen, welche nicht an der Inokulationsstelle vernichtet wurden, unschädlich gemacht. 2. Durch ihr follikuläres System erzeugen die Drüsen ferner zahlreiche mononukleäre Leukozyten, welche in die Blutzirkulation gelangen und durch dieselbe an jene Stellen gebracht werden, wo es nottut, den Gesamtorganismus gegen eine allgemeine Infektion zu schützen.

E. Toff (Braila).

Marcel Lermoyez, Comment nous garer de l'ozène? (La presse médicale. 1906. Nr. 98.) Auf Grund mehrerer selbstbeobachteter Fälle, deren Krankengeschichte angeführt wird, spricht der Verf. aus, daß die Ozaena eine infektiöse Krankheit sei, und gelangt zu folgenden praktischen Schlüssen. Ozaenöse sollen eine peinliche Sauberkeit beobachten und namentlich gegenüber kleinen Kindern und speziell jungen Mädchen strenge prophylaktische Maßregeln ergreifen.

Ammen und Pflegerinnen sollen mit Bezug auf Ozaena untersucht werden, namentlich wenn es sich um Personen mit flachem Gesichte und platter, breiter Nase handelt.

Auch für künftige Eheleute ist das Feststellen der Krankheit bei einem der beiden Teile von Wichtigkeit, da der andere Teil, von anderen Gründen abgesehen, ausgesetzt ist, ebenfalls an Ozaena zu erkranken.

E. Toff (Braila).

A. Augustin Rey (Paris), L'habitation. Hygiène de l'escalier. Les mauvais escaliers. Les bons escaliers. (La presse médicale. 1907. Nr. 3.) Der Verf. bespricht die Treppe der modernen Großstadthäuser und nennt dieselbe eine in vertikaler Richtung verlängerte Straße. Nichtsdestoweniger wird der Treppe, was Hygiene anbelangt, keine Aufmerksamkeit geschenkt und dieselbe ohne jedwede Rücksicht auf Licht und Ventilation angelegt. Man vergißt, daß die Luft aus dem Stiegenhause in die Wohnungen ein-

dringt und dort die Luft verdirbt, statt sie in günstiger Weise zu erneuern.

Die Anwendung von Teppichen und sonstigen Dekorationen im Stiegenhause ist unhygienisch und daher zu unterlassen, ebenso auch die Anlage von Holztreppen. Im allgemeinen soll die Treppe und das Stiegenhaus aus solchem Material angefertigt werden, daß dasselbe mit reichlichem Wasser und oft gewaschen werden kann, und in temperierten Gegenden soll die Stiege überhaupt in keinem geschlossenen Raum sein, sondern nach allen Seiten hin offen stehen.

Die Gesamtanlage der Treppe muß eine derartige sein, daß von beiden Seiten Licht und Luft eindringen kann, sei es, daß dies in longitudinaler oder transversaler Richtung erfolgt. In halber Treppenhöhe soll ein Ruheabsatz angebracht werden, damit man nicht genötigt ist, die Treppe in einem Zuge zu ersteigen. Endlich soll man in jenen Wohnhäusern, wo viele Kinder sind, auch auf dieselben Rücksicht nehmen, indem man die einzelnen Stufen nicht zu hoch macht und die Form derselben derart wählt, daß an den Rändern die Stufenbreite eine geringere ist als in der Mitte. Die Kinder können dann die leichter ersteigbaren Seitenteile, wo auch das Geländer ist, benützen, während die Erwachsenen die Mitte nehmen.

Um Unglücksfällen vorzubeugen, ist es vorzuziehen, in der Stiegenmitte keinen freien Raum zu lassen, so daß die Geländer, von oben gesehen, enge aneinander schließen.

Zahlreiche Abbildungen illustrieren die interessanten Ausführungen des Verf.s, der auch sonstige lesenswerte Aufsätze über Wohnungshygiene geliefert hat.

E. Toff (Braila).

A. Merique, Intoxikation d'un enfant de 16 mois par le camphre. (Journal médical de Bruxelles. 7. Juni 1906. Nr. 23.) Das Kind bekam von seiner Mutter wegen Verdauungsstörungen versehentlich statt Rizinusöl 2 Teelöffel = 15 ccm Kampheröl. 2 Stunden später trat Erbrechen auf, extreme Dilatation der Pupillen und völliger Bewußtseinsverlust kam hinzu. Der zunächst hinzugerufene Arzt fand das Kind in einen schweren Zustand, der charakterisiert war durch sehr bedrohliche respiratorische Spasmen, durch klonische Kontraktionen der Arm- und Gesichtsmuskulatur und Verlust des Bewußtseins. Als M. 4 Stunden nach dem Ereignis das Kind sah, war das Gesicht stark gerötet, große Schweißtropfen bedeckten Stirn usw., der ganze Körper befand sich in starker Transpiration, die Gesichtsmuskeln in unaufhörlichen rhythmischen Zuckungen bewegt, ebenso die Arme. Die Krämpfe in den Beinen waren leichterer Art. Puls 168, die Herztöne waren etwas verstärkt. Der leichte Druck eines Phonendoskops erzeugte in der Präkordialgegend eine fünffrankstückgroße Ekchymose. Die Exspirationsluft roch nach Kampher. Unter Darreichung einer starken Dosis Brom besserte sich vorübergehend der Zustand. Das Erbrechen wiederholte sich noch mehrfach. Ca. 9 Stunden nach der Verabreichung des Kampheröls erfolgte während eines heftigen und plötzlichen Brechaktes der Tod. Während der ganzen Zeit hatte keine Inkontinenz bestanden. Eine Blutuntersuchung war nicht vorgenommen worden und auch die Autopsie konnte nicht gemacht werden.

Von der äußerst zahlreichen Totenflecken sah die Haut wie marmoriert aus. Die Symptome einer Kamphervergiftung sind folgende: Lebhafte Wärmeempfindung, Beschleunigung des Pulses, eine abundante Schweißabsonderung, motorische Unruhe, Halluzinationen; bei stärkeren Dosen werden die Zentren des verlängerten Markes und der Protuberanz ergriffen, es kommt dann zu spastischen Kontrakturen, Hyperästhesie, Pupillenerweiterung, Erbrechen, Bewußtseinsverlust und Delirien. Der Blutdruck steigt, der Puls bleibt frequent, wird aber unregelmäßig und klein, die Atmung dyspnoisch. Die Reflexerregbarkeit erlischt, die Körpertemperatur fällt und schließlich tritt der Tod infolge Herzparalyse ein. Im Falle der Heilung ist die Rekonvaleszenz lang. Zu dem klassischen klinischen Bild der Kamphervergiftung fehlten bei dem Kinde nur die Gehirnsymptome. Im Anschluß an diese Mitteilung berichtet Verf. über eine Reihe von Fällen aus der Literatur, wo ebenfalls nach ganz geringen Mengen Kampher tötliche Vergiftungen bei Kindern auftraten (Trousseau et Pidoux, Marquat, Löbl, Davies, Schaaf), und bezeichnet auf Grund dieser Literaturangaben 1 g Kampher als die für ein 2 jähriges Kind tötlich wirkende Dosis. Zur Behandlung empfiehlt Verf. vor allem die Magenspülung. Im Exzitationsstadium Sedativa, und zwar wegen ihrer depressorischen Wirkung, ihrer schweren Dosierbarkeit und ihrer viel zu lange andauernden Wirkung kein Brom, bzw. Morphium oder Chloral, sondern Chloroform; im Exzitationsstadium: Begießungen, Massage, Abreibungen, Alkohol- bzw. Koffeininjektionen, Ammoniumacetat. Wegen der Gefahr der Abkühlung warme Einwicklungen.

H. Netter (Pforzheim).

Horand, A propos d'un cas de scarlatine chez un enfant de 6 ans, ainsi que chez sa mère accouchée depuis peu et nourrice. (Bulletin médical et administratif du Dispensière général de Lyon. 15. Mai 1906.) 20 Tage nachdem das Kind an Scharlach erkrankt war und 40 Tage nach der Niederkunft erkrankte die Mutter an Scharlach, die bisher mit Erfolg gestillt hatte. Wegen des hochfieberhaften Verlaufs der Erkrankung zögerte H. nicht, das Kind von der Mutter zu entfernen, die es lebhaft bedauerte. Der Arzt versprach der Mutter ihr Kind sofort mit dem Eintritt der Besserung wiederzugeben. Das Kind wurde nun mit der Flasche ernährt, außerdem aber wurde zur Unterhaltung der Milchsekretion die Brust mehr oder weniger gut entleert, jedoch ohne große Hoffnung. Nachdem das Fieber gefallen war und die Mutter wieder anfing, sich zu ernähren, erlaubte man ihr am 15. Tag wieder das Anlegen des Kindes, wobei man zur Verhütung einer Ansteckung besondere Vorsichtsmaßregeln für das Kind verwendete. Die Milch kam nun sehr rasch wieder und die Entwicklung des Kindes ließ nichts zu wünschen übrig.

H. Netter (Pforzheim).

William Wright, The influence of school closure in the control of spread of infections disease among children. (Public Health. Oktober 1906. Nr. 1. Vol. XIX, pag. 23.) Verf. macht folgende Bemerkungen und stellt folgende Forderungen auf: Im Jahre 1905 wurden in Glasgow in den 6 Wochen, die den Ferien vorausgingen, 57 Fälle von Diphtherie angezeigt, während der 6 Ferienwochen eben-

falls 57, in demselben Zeitraum nach den Ferien 93 Fälle. Von diesen 93 waren 24 unter dem schulpflichtigen Alter von 8 Jahren, 57 waren zwischen 8 und 13 Jahren, d. h. in dem für einen Teil von Schottland schulpflichtigen Alter, 12 Fälle waren älter. Der Autor schließt, daß der Schulbesuch, die Ansammlung einer großen Zahl von Kindern in den empfänglichen Jahren die Verbreitung der Diphtherie begünstigt. Der Schulschluß kommt meist zu spät. Als Verf. beim Auftreten von zwei Diphtheriefällen in einem Klassenzimmer alle Kinder untersuchte, fand er zwei ausgesprochene Kranke und fünf verdächtige heraus. Nach Desinfektion von Tafeln und Schwämmen blieben die übrigen Kinder gesund. — Bei Scharlach nimmt W. keinen wesentlichen Einfluß des Schulbesuches auf die Zahl der Fälle an. In Glasgow traten wenigstens Epidemien infolge der nahen Berührung der Kinder in der Schule nicht auf. Anders liegt die Sache bei Masern. Verf. betont die hohe Ansteckungsfähigkeit in den frühen Stadien der Krankheit, bevor die Diagnose gestellt ist, ihre Virulenz sowie den Umstand, daß Masern denselben Stadtdistrikt 2 Jahre hintereinander wieder befallen können, derart, daß die zweite Epidemie schlimmer ist als die erste. Auch im dritten Jahr kann ein Wiederaufflackern stattfinden, in so ernstem Maße, daß die Mortalität die durchschnittliche Sterbeziffer in der ganzen Stadt bei weitem übertrifft. W. gelangt zur Aufstellung folgender Forderungen: regelmäßige ärztliche Besichtigung der Schulen, um die frühesten Fälle ausfindig zu machen, ist zweckmäßiger und wirksamer als Schluß der Schule bei Erkennung des anscheinend ersten Falles oder als Schluß der Schule jedesmal, wenn die Schülerzahl auf 30—40 % gesunken ist. Bei Diphtherie muß die Untersuchung des Rachenbelags und die freie Austeilung des Antitoxins als prophylaktisches Mittel in infizierten Haushaltungen hinzukommen. Die Mütter der arbeitenden Klassen müssen bei Masern über die Größe der Gefahr und über die Komplikationen aufgeklärt werden. H. Netter (Pforzheim).

Herbert Peck, Medical officer of Health, Borough and Rural district of Chesterfield: Ein weiterer Versuch in der Behandlung der Pocken mit Rotlicht. (Public Health. Febr. 1907. Vol. XIX. Nr. 5. pag. 299.) In den Chesterfield Joint und North Derbyshire Hospital, in den Verf. konsultierender Arzt ist, wurden von 1902—1905 insgesamt 244 Pockenkranke behandelt. Über Zahl der Impfnarben, Alter, Charakter des Pockenexanthems, Zahl der Fälle, Mortalität, gibt die erste Tabelle genaue Auskunft. Nur 76 hatten keine Narben von vorausgegangener Impfung, 35 hatten eine Impfnarbe, 38 zwei, 48 drei, 32 vier, 3 fünf und 2 acht Impfnarben, die beiden letzteren 12 und 7 Jahre zuvor revakziniert. Von den 244 Kranken starben 6, von den 69 Personen unter 15 Jahren nur einer. In 103 Fällen waren die Pocken spärlich oder sehr diskret, in 71 reichlich, aber voneinander getrennt, in 35 reichlich bis halbkonfluierend, und in 35 konfluierend. — Bei der Aufnahme in das Krankenhaus wurden die Pockenkranken in Räumen untergebracht, deren Fenster rubinrote Glasscheiben oder gewöhnliche Glasscheiben hatten, die mit rubinroten, von den Photographen gebrauchtem Papier bedeckt waren. Hier blieben sie bis zum Verschwinden des Aus-

schlages oder bis zur vollendeten Eintrocknung der Schorfe. Es kam selten vor, daß die Pocken eitrig wurden, wenn der Kranke in einem frühen Stadium aufgenommen wurde, sogar wenn es sich um Variola confluens handelte. Es war interessant zu sehen, wie Exantheme, die sonst unter gewöhnlichen Umständen eine häßliche Entstellung zurückzulassen versprachen, unter unbedeutender Narbenbildung abheilten. Verglichen mit der Mortalitätsziffer aus anderen Gegenden aus den Jahren 1902—1905, war jene bei Rotlichtbehand- 2,4 %, bei sonstiger Behandlung 6 %. In Derbyshire, Chestire, Lanzashire, Liverpool und Manchester wurden in toto 6234 Pockenkranke mit 271 Todesfällen behandelt, i. e. 4,3 %. Alles in allem: der durchschnittliche Aufenthalt im Krankenhaus war kürzer, die Ausgaben für Pflegepersonal, Medizin usw. geringer als sonst. H. Netter (Pforzheim).

William S. Cheesman, Exstirpation eines 4¼ Pfund schweren Hypernephroms bei einem 20 Monate alten Kind. (Annals of Surgery. Januar 1907.) Die Operation war sehr erschwert durch das vor dem Tumor breit ausgestreckte Mesokolon. Wäre der Zustand des Kindes nicht ein sehr prekärer gewesen, so hätte man einen großen Teil der Niere an Ort und Stelle zurücklassen können, wie das Abbé in einen Fall eines 8 Pfund schweren Tumors tat bei einem Kind, das im ganzen nur 24 Pfund wog. In beiden Fällen war die Diagnose vor der Operation auf Sarkom gestellt worden. Die histologische Untersuchung erst ergab, daß es sich um ein Hypernephrom handelte. H. Netter (Pforzheim).

W. Keen, Schwere Verbrennung des Kopfes im Alter von 7 Monaten. Konsekutive Nekrose des ganzen knöchernen Schädeldaches. (Ann. of Surgery. Mai 1907.) Die Heilung der selten schweren Kopfverbrennung und der dabei unternommene Versuch einer kranio-zerebralen Chirurgie mögen eine kurze Mitteilung rechtfertigen: Das 7 Monate alte Kind war von seinen Eltern in einem Schaukelstuhl, einem Kaminfeuer gegenüber, zurückgelassen worden, unter Aufsicht eines 2 Jahre älteren Bruders. Bei ihrer Rückkehr fanden die Eltern ihr Kind auf dem Boden liegend, mit dem Kopf im Feuer. Nach den ziemlich vagen Angaben des einzigen Zeugen dieser Szene und nach der ganzen sonstigen Disposition des Raumes nahm man an, daß der Bruder, um das schreiende Kind zu beruhigen, sich an den Schaukelstuhl anhing, ihn zum Schaukeln brachte, wobei das Kind, mit dem Kopf voraus, in das brennende Kamin flog: eine halbe Stunde ungefähr mag das Kind so gelegen haben. Die Folge der furchtbaren Verletzung war zunächst eine rapide Abstoßung der ganzen verbrannten Kopfschwarte. 6 Monate später geschah das Gleiche mit den Schädelknochen. Es hatte sich eine Nekrose en bloc gebildet und man konnte so vier Knochensequester sammeln, die den oberen Teil des Stirnbeins, den beiden Scheitelbeinen und einem Segment der rechten Schläfenbeinschuppen entsprachen. In ihrer natürlichen Position aneinandergesetzt, bildeten sie eine Kalotte von 17 cm Länge und 11 cm Breite. Gleichwohl kam das Kind durch und die Wunde schloß sich nach und nach. Nach einem Jahre etwa war die Vernarbung nahezu beendet. In der Folgezeit brach

die Wunde noch häufig auf. Bald darauf hatte das Kind 9 Krampfanfälle, die jedoch im darauffolgenden Jahre gänzlich ausblieben. Dann kam es zu epileptiformen Anfällen. Im 7. Jahr kam das Kind zur Schule, wo es sich intelligent und von gutem Gedächtnis zeigte. Mit dem 11. Jahr häuften sich die Anfälle derart, daß die Intelligenz immer mehr Not litt, bis das Kind schließlich fast vollkommen idiotisch geworden war. In diesem Zustand war das Kind in seinem 14. Jahr, als K. die Behandlung übernahm. Damals hatte es 400 Anfälle etwa im Jahr. Bis auf das total ausdruckslose Gesicht war im übrigen an dem Gesamtaspekt nichts Anormales. Am Schädel, etwas rechts vor der Mediallinie, bestand ein Substanzdefekt, dessen Dimensionen sich auf 8 cm Länge zu 5 cm Breite reduziert hatten. Unter der an einzelnen Stellen noch ulzerierten Narbe fühlte man das Gehirn pulsieren. Wie das Fell einer Trommel, so waren die Weichteile gespannt, welche die Bresche im Knochen schlossen. Die Prüfung des Nervensystems und der Typus der Krämpfe ergab keinen sicheren Anhaltspunkt dafür, daß eines der Hirnzentren mehr beteiligt war als die anderen. Daß der Zustand von Stumpfsinnigkeit und die epileptiformen Attacken auf die Kompression des Gehirns durch die mit der Dura mater selbst verlötete Narbe zurückzuführen waren, unterlag keinem Zweifel. Ihre Freilegung bedeutete das Risiko einer Verletzung der Meningen, vielleicht selbst des Gehirns, abgesehen von dem so gut wie sicheren, durch neue Adhäsionen bedingten Rezidiv. Von dieser Erwägung ausgehend, beabsichtigte K. den Knochendeckel in toto zu mobilisieren, um so die Kompression des Gehirns zu vermindern. In einer ersten Sitzung wurden, zunächst auf der linken Kopfseite, in einer vom Okziput nach dem Stirnbein gehenden horizontalen Linie, ein wenig über den Ohren, eine Serie von 4—5 ccm langen, zur genügenden Blutversorgung durch ausreichende Hautbrücken getrennten horizontalen Inzisionen gemacht. Durch jeden dieser Schnitte wurde die Haut in horizontaler Richtung vom Knochen abgehoben, dann, nach Anlegung einer Öffnung mit dem Trepan, der Knochen in gleicher Richtung, unter völligem Dekollement der Dura mater, mit einer Hohlmeißelzange, durchtrennt. Als zwei Tage später die gleiche Operation auf der rechten Kopfseite gemacht worden war, zeigte sich das ganze Knochendach getrennt von der Schädelkapsel, wie durch einen horizontalen Schädelschnitt. Dieser doppelte Eingriff wurde von dem Kinde sehr gut ertragen, der einzige Zwischenfall war die Verletzung des Sinus longitudinalis vorn, aus Unvorsichtigkeit. Zur Loslösung der Knochenkalotte waren im ganzen 8 Inzisionen nötig. Die Ergebnisse des Eingriffes waren ziemlich mäßig. Immerhin führte er zu einer Verminderung der Zahl der epileptiformen Anfälle, und auch der Zustand von Hebetudo begann zu weichen. Das Kind zeigte etwas mehr Intelligenz, aber die Fähigkeiten entwickelten sich ziemlich langsam. Eine 2 Jahre post operat. aufgenommene Radiographie zeigte die horizontale Knochenspalte noch in der ursprünglichen Breite, nur die Ränder waren regelmäßiger geworden.

H. Netter (Pforzheim).

Stephanson, Eine durch hereditäre Syphilis bedingte Form von Amblyopie bei kleinen Kindern. (The ophthalm.

1906. Nr. 9.) Verf. teilt 6 Beobachtungen von Hyalitis specifica mit. Der Augenspiegel läßt nur eine Glaskörpertrübung mit wenigen flottierenden Opazitäten erkennen. Auch nach Aufhellung der Glaskörpertrübung finden sich chorioiditische und retinitische Veränderungen nur wenig. Therapeutisch kommt eine spezifische Behandlung in Betracht.

Schick.

Kostienko, Zur Therapie der Ruhr. (Russkij Wracz. 1906. Nr. 24.) Verf. lobt sehr die Anwendung des Magnesium sulfurosum, welches Mittel er in mittelschweren und jenen Fällen, wo er die Serumtherapie, die K. als die rationellste und beste ansieht, nicht anwenden konnte, stets ordiniert hat. Die Dosis betrug bei kleinen Kindern 0,2—0,5, Erwachsenen 1,0—2,0 2 stündlich.

Der Gang der Behandlung ist folgender: Im Beginne Kalomel oder Ol. Ricini; das erstere Mittel bei vorhandenen, das letztere bei fehlenden gastrischen Erscheinungen, darauf Magnesium sulfurosum, bis keine blutigen Stühle mehr erfolgen, zum Schluß Tannalbin, Bismut und dergl. Äußerlich warme Kataplasmen.

Verf. wendete diese Behandlungsart bei 164 Kranken, darunter 56 Kindern an und ist mit den Erfolgen stets zufrieden gewesen.

Gabel (Lemberg).

Schoeneich, Hautemphysem bei einem Fall von Morbilli kompliziert mit Scharlach. (Czasopismo lekarskie. 1907. Nr. 1.) Im Verlaufe von Morbilli sind bis nun 11 solche Fälle bekannt; um vieles häufiger tritt Hautemphysem bei Pertussis und Lungentuberkulose auf. Der beschriebene Fall betraf ein $2^1/_2$ jähriges Kind, bei dem während einer kombinierten Infektion mit Morbilli und Scarlatina Hautemphysem auftrat.

Die Ätiologie, Diagnose und Therapie werden im Anschlusse daran besprochen.

Gabel (Lemberg).

Jósef Swigtkiewicz, Die Behandlung des Lupus vulgaris mit Eugallol. (Lwowski tygodnik lekarski. 1907. Nr. 3.) Die stark desoxydierende Wirkung obengenannten Heilmittels war das wichtigste Motiv für die Anwendung desselben in der Lupusbehandlung. Es war von vornherein anzunehmen, daß kranke Partien, sei es exulzerierte oder infiltrierte Stellen, leichter der reduzierenden Eugallolwirkung anheimfallen werden, außerdem daß unter der Wirkung dieses Mittels eine bessere Differenzierung kranker von gesunden Hautpartien platzgreifen würde, so daß gewissermaßen ein elektiver Einfluß zu erzielen wäre.

Verf. hat demgemäß die ganze Hautpartie, die gesunden Zwischenstellen mit einbegriffen, mit zuerst 5 % dann steigend 20—30 % bis 60 % Lösung von Eugallol mit Aceton auf weiße Gaze getränkt bedeckt, hierauf Billroth-Batist und Verband. So ein Verband blieb 24 Stunden liegen.

18 Fälle wurden so behandelt, 8 Krankengeschichten werden publiziert, darunter 6 von Patienten im kindlichen Alter.

Verf. kommt zu folgenden Schlüssen:

1. Die Eugallolwirkung ist stark reduzierend, ätzend, 5 %ige Lösungen waren wirkungslos, 20 % und 30 % von bloßer Oberflächenwirkung, 60 % brachten eine lebhafte Reaktion hervor, jedoch ohne

bedeutendere Odeme. Alle diese Begleiterscheinungen schwanden reaktionslos auf mehrtägige Anwendung von Burowschen Umschlägen.

Mehr oder weniger heftig auftretende Reizung gesunder Hautpartien blieb ohne Folgen.

2. Die Wirkung des Eugallol ist intensiv genug, um selbst tiefe Infiltrationen zu mortifizieren.

3. Kosmetisch ist die Wirkung gut, mit Schonung gesunder Hautpartien.

4. Der Schmerz verschwindet bald und ist nicht groß.

5. Die Heilungsdauer ist nicht länger als bei anderen Heilungsmethoden.

6. Das Eugallol kann in Fällen angewendet werden, wo Krankheitserscheinungen auf Nasen- und Lippenschleimhäute übergehen.

7. Temperaturerhöhung oder Nierenreizung wurde nie konstatiert.

Gabel.

Wiktor Reis, Primäre Tuberkulose der Conjunctiva bulbi. (Lwowski Tygodnik lekarski. 1907. Nr. 5 u. 6.) Anschließend an einen beobachteten Fall von primärer Tuberkulose der Conjunctiva bulbi bei einem 16jährigen Mädchen, stellt Verf. alle bisher publizierten Fälle zusammen. Es sind deren bisnun zehn gewesen, in sieben davon war ein anderswo lokalisiertes tuberkulöses Leiden nachweisbar, bloß in zwei Fällen und in dem eben beschriebenen konnte klinisch kein anderes Leiden konstatiert werden. Außer dem typischen klinischen Bilde hat Verf. die Diagnose durch positiven Ausfall der Tuberkulinimpfung, sowie durch nachgewiesene Tuberkulose geimpfter Meerschweinchen sichergestellt.

Die Frage, ob es überhaupt eine primäre Tuberkulose der Conjunctiva bulbi gibt, bejaht der Verf., wenngleich solche Fälle zu den großen Seltenheiten gehören. Als differentialdiagnostisches Merkmal solcher Fälle gegenüber denen, wo sekundär Infektion vorliegt, hebt Verf. hervor, daß in den oben erwähnten sieben Fällen die tuberkulöse Infiltration nahe dem Hornhautfalz saß, wogegen bei den drei als primär angenommenen Infektionen die Infiltration weiter nach außen gelegen war, so daß also der Sitz der Infiltration in zweifelhaften Fällen entscheidend für die Natur des Leidens wäre. Gabel.

Betti Ugo Arteri, Kalter Abszeß der Zunge bei einem Kinde. (Jl Policlinico 1906, Sezione prat. f. 40, pag. 1294.) Es handelt sich um ein 7jähriges Kind mit einem kalten Abszeß der Zunge, ohne Störungen des Allgemeinzustandes, ohne bemerkenswerte Schmerzen, ohne sonstige markante subjektive Erscheinungen. Die Diagnose dieser Abszesse ist nicht leicht, eine Verwechselung mit allen Zungentumoren und besonders mit den Zungenzysten ist leicht möglich. Eine Probepunktion ermöglicht die Diagnose. Die sicherste und einfachste Behandlungsmethode ist nach der Aspiration der Flüssigkeit eine Injektion von Lugolscher Lösung. H. Netter (Pforzheim).

Rossi Marcelli, Tuberkulöse adenoide Vegetationen mit positivem Nachweis des Kochschen Bazillus. (Arch. ital. di laringol. April 1907. pag. 82.) Die Arbeiten Behrings haben, wie Verf. sagt, die Erforschung der Eintrittspforten der Tuberkulose auf

die Tagesordnung gesetzt. Als einen Beitrag zu dieser Frage teilt Verf. die Geschichte eines 17jährigen Jünglings mit, der im übrigen gesund war, bei dem die adenoiden Vegetationen Tuberkel enthielten, in denen der Kochsche Bazillus mit Sicherheit nachgewiesen wurde. Im Anschluß an die Mitteilung der eigenen Beobachtung weist Verf. auf die Arbeiten verschiedener Autoren hin; unter 1141 aus verschiedenen Statistiken stammenden Fällen figurierten 71 Fälle von Tuberkulose der adenoiden Wucherungen, d. h. 6,3%.

H. Netter (Pforzheim).

Mario Reano, Allgemeine Anchylose. (La Pediatria. 1906. Bd. VIII.) Der Patient, um den es sich handelt, ist ein 15jähriger Knabe. Es besteht Anchylose fast aller größeren Gelenke und andererseits Muskelatrophie höchsten Grades, die von der Anchylose abhängt. Es handelt sich also um eine Inaktivitätsatrophie, die nach Ansicht des Verf.s teils auf der funktionellen Inaktivität, teils auf einer entfernten nervösen Einwirkung auf die vasomotorischen trophischen Zentren des Rückenmarkes infolge Reizung der Nervenendigungen der Gelenksynovialis beruht. Die Gelenkanchylose ihrerseits hängt von einer Affektion des spongiösen Knochens (Rarefikation mit vielleicht Erweichung) ab, über deren Natur wir noch nicht im klaren sind. F.

Gallico, Wage und Thermometer in der pädiatrischen Praxis. (La Pediatria. 1906. Bd. VIII.) Verf. führt eine Anzahl eigener Beobachtungen an, durch die bewiesen werden soll, daß

a) das Sinken der Temperatur unmittelbar nach der Geburt um so erheblicher ist, je weniger entwickelt und je prämaturer das Neugeborene ist,

b) daß die Zeit, die verfließt, bis die Temperatur zur Norm zurückkehrt, um so größer ist, je größer die Schwäche und Unreife des Kindes ist,

c) daß konstante subnormale Temperatur bei Unreifen sehr häufig ist, bei ausgetragenen Kindern dagegen eine Ausnahme bildet. F.

Cornelia de Lange, Wie lange dauert die Inkubation bei Varizellen? (Ned. Tydschr. u. Geneesk. 1906. Bd. I. S. 1330.) Über die Dauer dieses Stadium incubationis ist die Meinung bei den verschiedenen Autoritäten sehr verschieden: z. B. findet man ein Minimum von 8 Tagen bei Monti, das Maximum von 21 Tagen bei Rotch. L. hatte nun die Gelegenheit, durch genaue Beobachtung in einer Anstalt, zu konstatieren, daß die Dauer der Inkubation zwischen 14 Tagen und 14 Wochen schwankt. Graanboom.

Aalbersberg, Serumtherapie und Intubage bei Diphtherie. (Ned. Tydschr. v. Geneesk. 1906. Bd. II. S. 697.) A. versuchte den Wert der Serumtherapie bei 150 Fällen von ausschließlich schwerer Diphtherie zu bestimmen. In allen diesen Fällen wurde unmittelbar nach der Aufnahme ins Krankenhaus die Seruminjektion vorgenommen.

Je nachdem die Zeit, zwischen dem Anfang der Krankheit und der Aufnahme ins Krankenhaus, bzw. der Seruminjektion kürzer, oder länger war, war auch die Mortalität geringer oder größer. So war

z. B., wenn die Injektion stattgefunden hatte (bzw. das Kind ins Krankenhaus aufgenommen war) am 1., 2., 3., 4. oder 5. Krankheitstage, die Mortalität bzw. 28, 46, 71, 68 oder 76,5 $^0/_0$.

Es ergibt sich also, daß von den am ersten Krankheitstag Eingespritzten $^1/_4$, von den am zweiten Krankheitstage Eingespritzen $^1/_2$ und von den nach dieser Zeit Eingespritzten 70 $^0/_0$ sterben.

Denselben Einfluß hat eine frühzeitige Injektion auf die Prognose des Verlaufes. Je früher eingespritzt, desto weniger ernste Komplikationen (s. w. Rhinitis, Nephritis).

Bemerkenswert ist noch die auch schon durch andere gemachte Wahrnehmung, daß bei den Kindern, die nach dem sechsten Krankheitstage aufgenommen bzw. eingespritzt wurden, wohl ernste Stenoseerscheinungen beobachtet wurden, daß aber bei diesen die Mortalität nur sehr gering, und zwar 8 $^0/_0$ war.

Aus seinen Beobachtungen resümiert A.:

1. Bei den schweren Diphtheriefällen ist die Mortalität desto größer, je später eingespritzt wurde.

2. Dieselbe Erfahrung wurde auch für alle gesamten Diphtheriefälle gemacht, die schweren und die leichten zusammengerechnet.

3. Je früher eingespritzt wurde, desto weniger traten ernste Komplikationen auf.

4. Nach der Einspritzung konnte niemals ein Übergang der Pharynxdiphtherie auf den Larynx konstatiert werden.

A. ist auch sehr eingenommen von den Erfolgen, die er an seinem Krankenmaterial mit dem Tubage erreichte. Graanboom.

II. Aus Vereinen und Versammlungen.

Gemeinsame Tagung der Vereinigungen niederrheinisch-westfälischer und südwestdeutscher Kinderärzte in Wiesbaden

am 14. April 1907.

Rosenhaupt (Frankfurt a. M.): **Pathologie und Therapie des Pylorospasmus congenitus.** Der Pylorospasmus ist ungleich häufiger, als man im allgemeinen annimmt. Die alimentäre Ätiologie muß man unbedingt ablehnen. Der Fettgehalt der Muttermilch ist für seine Entstehung belanglos, wie chemische Untersuchungen und das Anlegen bei anderen Frauen wiederholt gezeigt haben. Daher sind alle Versuche, durch künstliche Nahrung therapeutisch einzuwirken, zu verwerfen, da die Frauenmilch als die am besten resorbierbare Nahrung auch hier absolut die beste ist. Einzig allein die Quantität ist zu beeinflussen.

In der Diskussion, an der sich die Herren Cuno, v. Mettenheimer (Frankfurt a. M.), Bremer (Erfurt), Klein (Freiburg) beteiligten, wurde von mehreren Seiten hervorgehoben, daß auch die natürliche Ernährung im Stiche lassen könne. Rosenhaupt (Schlußwort) betont noch, daß im vierten Monat die Symptome oft von selbst schwinden.

Weygandt (Würzburg): **Psychisch abnorme Kinder in der ambulanten Praxis.** Die Angaben der Lehrbücher hinsichtlich der Prognose über psychisch abnorme Kinder sind zu ungünstig, wohl weil die Erfahrungen der Autoren meist an nur stationärem Material gesammelt sind. Heubner berichtete über günstigere Erfahrungen an den 230 Abnormen unter dem großen Material der Kinder-Poliklinik der Charité. In der Würzburger Poliklinik für psychisch nervöse Krankheiten konnte ich während der $3^1/_2$ Jahre ihres Bestehens 261 kindliche Fälle beobachten.

Verhältnis zwischen männlichen und weiblichen wie 3 : 2. Sechs Fälle betrafen thyreogene Störungen, einer davon infolge einer Strumektomie, einer als sporadisches Myxödem, die anderen als endemischer Kretinismus, auffallend wenig, wenn man bedenkt, daß Franken unter Virchow als Kretinenland galt; jetzt sind die Kretinen hier in der Tat nahe am Aussterben. Sechs Fälle vertraten den mongoloiden Schwachsinn in seinen mannigfachen Abstufungen, einer mit Zwergwuchs von 131 cm bei 25 Jahren. Mehrere Fälle betrafen Hirnerkrankungen, so zwei jugendliche Paralysen, zwei multiple Sklerosen, dann fünf Hirntumoren, zwei Littlesche Lähmungen, siebenmal cerebrale Kinderlähmung, viermal Hydrocephalus. 18 Fälle ließen sich als nicht bildungsfähige Idioten bezeichnen, ohne daß eine speziellere Rubrizierung möglich; bei 11 waren neurologische Störungen nachweisbar. Nur 7 waren erethisch, die anderen torpid. 25 Fälle waren imbezill, und zwar in mannigfachen Abstufungen. Die Epilepsie im Kindesalter war 81 mal vertreten, bei 43 Knaben und 38 Mädchen. Psychische Störungen außerhalb der Anfälle waren nur in 42 Fällen zu finden. Hysterie fand sich 28 mal, vielfach monosymptomatisch; zweimal war Pseudologia phantastica ausgesprochen. 33 Fälle ließen sich als Neurasthenie auffassen, doch war in wenig ausgesprochenen Fällen die Diagnose gelegentlich unsicher. Von den 33 Choreafällen waren 17 deutlich psychisch alteriert. Als manisch-depressiv ließen sich zwei Fälle bezeichnen. Dementia praecox bis zum Pubertätsalter zeigten 11 Fälle, einer davon war schon vorher imbezill. Über die Prognose läßt sich allgemeinen nur schwer etwas aussagen. Bei Kretinen ist sie unter Behandlung nicht mehr ungünstig, bei Epileptikern wenigstens günstiger, als gewöhnlich angenommen wird, bei Chorea gut, bei Hysterie im ganzen günstig, bei Neurasthenie häufig weniger günstig. Heubners Auffassung, daß die Hälfte der Fälle eine relative Heilung zulasse, erscheint immerhin etwas optimistisch. Nicht leicht ist die Frage nach der zweckmäßigsten Behandlung und Fürsorge. Ambulante Behandlung reicht oft nicht aus. Die Idiotenanstalten sind auch nicht hinreichend, vor allem sind ihre Verhältnisse vielfach noch unbefriedigend. Von den 108 Anstalten dieser Art steht die Hälfte unter geistlichem Einfluß. Nur wenige erfüllen die unerläßliche Forderung: Verarztlichung und Verstaatlichung. Für leicht Imbezille, die später einmal lebensselbständig werden können, ist die Hilfsschule in glänzendem Aufschwunge begriffen; am besten wäre ihre Verbindung mit Tagesinternat. Daneben sind Spezialklassen in Großstädten angebracht, so die Sickingerschen Förderklassen. Für ganz leicht Zurückgebliebene dienen Stotterklassen, Krüppelklassen, Klassen für Schwerhörige und Schwachsichtige. Für bedenklich halte ich es, für epileptische Kinder besondere Schulen zu errichten. Hier ist die Individualisierung nötiger. Blöde Epileptiker gehören in die Idiotenanstalt, sittlich verwahrloste in die Fürsorgeerziehung, schwere Krampffälle in Bettbehandlung, leicht gestörte in Hilfsschulen. Kinder mit seltenen Anfällen können die Normalschule besuchen unter Fühlung mit dem Arzt und Orientierung des Lehrers. Choreatische Kinder können ganz wohl zu Hause behandelt werden, selbstverständlich unter Bettbehandlung. Bei Hysterischen ist durch Milieuwechsel die flotteste Besserung zu erzielen. Für neurasthenische Kinder wäre das Ideal die Erziehung im Landerziehungsheim nach dem System Lietz, ferner die Verschickung in Ferienkolonien und ähnliche Institutionen. Irrenanstalten, besonders Stadtasyle, sollten nach Frankfurter Vorbild eine Abteilung für psychisch kranke Kinder einrichten. Schwierig ist es, einzelne Fälle in ärztliche Pension zu bringen. Trefflich bewährt hat sich jedoch für abnorme, besonders schwachsinnige Kinder, die Familienpflege, wie sie besonders erfolgreich zu Gardelegen im Anschlusse an die Irrenanstalt Uchtspringe organisiert ist. Der einzelne Arzt, besonders der Hausarzt, hat in vielen Fällen vor allem zu wirken, indem er die Unterbringung in die Wege leitet. Daneben kann er vorgehen durch Kurverordnung, auch medikamentös, durch Diät, durch Alkoholverbot, allenfalls durch Hypnose. Besonders wichtig aber ist seine Belehrung für die Eltern und Lehrer; ungemein häufig werden Kinder bei beginnenden Störungen, besonders Chorea, erst durch die Lehrer gestraft wegen vermeintlichen Ungehorsams. Entschieden existiert noch ein großer Mangel an Behandlungsgelegenheit auf diesem Gebiete. Durch Zusammenwirken von Pädiater und Psychiater muß eine Besserung erstrebt werden.

Aschaffenburg (Köln): a) **Über Epilepsie und epileptoide Zustände im Kindesalter.** Vortr. erörtert in kurzen Zügen den Begriff der Spasmophilie und weist darauf hin, was Birk an dem Thiemich-Mannschen Material der Breslauer

Kinderklinik gefunden hat, nämlich, daß die weitere Entwicklung der spasmophilen Kinder zum Teil sehr ungünstig verläuft. Birk fand, daß keines der Kinder epileptisch wurde. Das gibt dem Vortr. den Anlaß, den Begriff der Epilepsie in dem erweiterten Sinne, wie ihn die Irrenärzte jetzt vertreten, darzulegen. Er weist insbesondere auf die Bedeutung der unbegründeten Stimmungsschwankungen hin. Diese bei Epileptischen überaus häufige Erscheinung tritt bald in Form von erhöhter Reizbarkeit, bald als Verstimmung auf und zeigt durch die begleitenden körperlichen Erscheinungen, wie tief das ganze Nervensystem in Mitleidenschaft gezogen ist. Solche epileptischen Äquivalente, die wir recht oft auch bei Kindern schon sehen, bevor Krampfanfälle auftreten, müssen mit berücksichtigt werden, wenn die Frage beantwortet werden soll, ob wirklich die Spasmophilie nichts mit der Epilepsie zu tun hat. Vortr. ist der Ansicht, daß die Entscheidung nur möglich ist, wenn die Nerven- und Kinderärzte gemeinsam zusammenarbeiten, wozu er durch seinen Vortrag anregen wollte.

Diskussion: Selter (Solingen), Sonnenberger (Worms), Schloßmann (Düsseldorf), Neter (Mannheim), Cahen-Brach, Rosenhaupt (Frankfurt a. M.), Lugenbühl (Wiesbaden), Klein (Freiburg). Vielfach wird auf die Notwendigkeit hingewiesen, die Erziehung neuropathischer Kinder nicht vollständig den Lehrern und Geistlichen zu überlassen, sondern den Psychiatern und praktischen Ärzten eine Mitwirkung zu sichern. Freilich bedürften die letzteren dabei einer pädagogischen Schulung. Bezüglich der Unterbringung psychasthenischer Kinder tut man oft gut daran, solche in Familien, etwa bei Hilfsschullehrern erziehen zu lassen, da die Anstalten in gewissen Fällen ungeeignet erscheinen. Einem dringenden Bedürfnis entsprechen die Beobachtungsstationen für Kinder, wie sie von Sioli (Frankfurt a. M.) ins Leben gerufen wurden, zumal wenn es sich um Einleitung des Fürsorgeerziehungverfahrens handelt. Ein großer Mangel des letzteren besteht darin, daß die ihm unterworfenen Kinder nicht wie gefährdete, sondern wie verbrecherisch veranlagte Individuen behandelt werden.

b) **Der körperliche Zustand von Proletarierschulkindern.** Der Vortr. hat 242 schulpflichtige Insassen des Düsseldorfer städtischen Pflegehauses hinsichtlich ihres körperlichen Zustandes genau untersucht. Das vorliegende Material weicht von dem Typus des normalen Schulkindes wesentlich ab, insofern, als es den tiefsten Schichten des großstädtischen Proletariats entstammt. Es handelt sich teils um Waisen, teils um solche Kinder, welche von ihren Eltern verlassen wurden, teils um die Abkömmlinge solcher Eltern, welchen das Erziehungsrecht entzogen wurde. In etwa 180 Fällen ließ sich feststellen, daß Vater oder Mutter oder auch beide dem Trunk ergeben waren, vagabondierten, gewerbsmäßige Unzucht trieben oder sich in einer Straf- oder Irrenanstalt befanden. Immerhin waren die Kinder trotz dieser schweren hereditären Einflüsse imstande, eine normale Volksschule zu besuchen. Charakteristisch an dem körperlichen Zustande war, daß die mannigfachsten Merkmale körperlicher Minderwertigkeit und der Vernachlässigung sichtbar waren. Fast alle hatten rachitische Knochenveränderungen, multiple Drüsenschwellungen; ein großer Prozentsatz hatte mehr oder minder ausgesprochene Anzeichen von Tuberkulose. Besonders kennzeichnend für den vorliegenden Kindertypus war aber, daß der konstitutionelle Gesamteindruck bei Knaben und Mädchen durchaus verschieden war, und zwar zuungunsten der ersteren. Die Knaben waren fast durchweg in einem elenden Ernährungszustand mit mißfarbener, schlaffer, trockener Haut, während der überwiegende Teil der Mädchen befriedigend ernährt war und eine frische, elastische Hautbedeckung aufwies. Auch bei längerer Anstaltspflege war das Befinden der Knaben nur schwer im günstigen Sinne zu beeinflussen. Die Ursachen dieses verschiedenartigen Verhaltens bei Knaben und Mädchen sind nicht ohne weiteres klar.

Diskussion: Selter (Solingen) erwähnt, daß die in einer eigenen Abteilung untergebrachten Fürsorgezöglinge in Solingen ebenfalls lange im Gewicht zurückblieben.

G. Herxheimer (Wiesbaden): **Über die pathologische Anatomie der kongenitalen Lues.** Die Spirochaete pallida, über die bereits im ersten Jahre nach ihrer Entwicklung über 200 Abhandlungen vorlagen, hat ihren Platz als wahrscheinlicher Lueserreger behauptet. Sie wird gerade bei der kongenitalen Lues in großer Zahl gefunden, was mit der alten Annahme eines besonders konzentrierten syphilitischen Virus bei ihr übereinstimmt. Es handelt sich bei der kongenitalen Lues

sofort um eine Allgemeininfektion, welche etwa dem tertiären Stadium der erworbenen Syphilis entspricht. Der besonders widerstandslose Zustand des kindlichen Körpers, das Zurückbleiben der Organe in ihrer Entwicklung auf Grund der Syphilis erklären die Unterschiede. Während anatomisch das häufigste Substrat des tertiären Stadiums akquirierter Lues der Gummiknoten ist, ist es bei der kongenitalen Lues die diffuse syphilitische Entzündung mit Beziehungen zu den Gefäßen; die mediären Gummata sind nur besonders konzentrierte Stellen einer solchen diffusen Entzündung, echte große Gummata sind selten. Hochsinger erklärt dies so, daß die Erkrankung gerade da aufträte, wo die Saftströmung eine besonders starke ist, und dies sei dann der Fall, wenn die Gefäßentwicklung zur Zeit der Entwicklung der wichtigsten Bestandteile eines Organs (besonders seiner Drüsen) vor allem vor sich gehe. Diese Hypothese erklärt zugleich die verschiedene Reihenfolge der ersten luetischen Erkrankung der einzelnen Organe, da auch ihre Bildungszeit eine verschiedene ist. Betreffs der Häufigkeit der kongenitalen Lues der einzelnen Organe werden die Statistiken von H. Hecker, Birch-Hirschfeld, R. Hecker und Karstens zusammengestellt. Am häufigsten befallen und am charakteristischsten sind die Veränderungen der Haut, Knochen, Leber, Lunge; auch Pankreas und Thymus sind häufig befallen. Der fast konstante Milztumor ist nicht charakteristisch. Die Osteochondritis syphilitica, die diffuse syphilitische Zirrhose der Leber und die beiden Formen der kongenitalen Lungensyphilis werden etwas eingehender besprochen. Es werden sodann eine Reihe Beispiele zusammengestellt, in welchen die Lues entwicklungshemmend auf einzelne Organe wirkt. Langerhanssche Zellinseln des Pankreas, der Lunge, Niere, Blutbereitung verschiedener Organe. Zum Schlusse wird darauf hingewiesen, daß der Ausdruck „hereditäre“ Lues oft da, wo er nicht zu Recht bestehe, gebraucht wird, während der Name „kongenitale“ Lues als der weitere Begriff richtig und daher vorzuziehen ist. Die Unterscheidung der verschiedenen Pathogenese „kongenitaler“ Lues war schon Ferrerius 1553 genau bekannt, später gingen alle Kenntnisse der Erkrankung verloren, um erst in unserem Jahrhundert neu erobert und vermehrt zu werden.

Frl. Maas (Solingen-Haan): **Ein Fall von Rumination beim Säugling.** Mitteilung über ein achtmonatiges atrophisches Kind mit angeblich unstillbarem Erbrechen. Die Magenflüssigkeit steigt hoch, und das Kind macht mit rückwärts gebeugtem Kopf Kaubewegungen. Dabei fehlt die Bauchpressentätigkeit vollständig. Ausgelöst wird das Ruminieren durch jeglichen nervösen Reiz: lautes Sprechen, heftiges Türenschlagen oder fremden Besuch. Chemische Untersuchung der ruminierten Flüssigkeit ergibt das Vorhandensein von Milchsäure und das Fehlen von freier HCl. Divertikel nicht nachweisbar.

Diskussion: Lugenbühl (Wiesbaden) meint, daß viele Säuglinge, wenn sie auf dem Rücken liegen, die regurgitierende Nahrung wieder hinunterschlucken.

Lugenbühl (Wiesbaden) demonstriert: a) **einen Fall von Myatonia congenita** (Oppenheim). Das jetzt fünf Monate alte Mädchen wurde als erstes Kind gesunder jüdischer Eltern am normalen Ende der Schwangerschaft in leichter spontaner Geburt geboren. Die Muttersmutter leidet an Tabes mit Skleroseerscheinungen; sonst Familienanamnese ohne Belang. Die Schwangerschaft war normal, abgesehen von einer schweren eitrigen Otitis im fünften Monat; Kindsbewegungen wurden in 5 Monaten und vor Schluß gespürt. Schon bei der Geburt fiel Bewegungslosigkeit und schlaffes Herabhängen der Extremitäten auf. Die vier Wochen später vorgenommene Untersuchung ergab schlaffe Lähmung aller vier Extremitäten, die bewegungslos daliegen; nur die Finger machen ganz leichte Bewegungen, ebenso sind Thorax- und Halsmuskulatur schlecht entwickelt und aktiv nicht in Funktion; tiefe und Hautreflexe nicht auszulösen, Sensibilität normal; elektrisch weder faradisch noch galvanisch Reaktion an den befallenen Muskeln. Alle Gehirnnervenfunktionen dagegen normal; Facialis gleichmäßig innerviert und elektrisch erregbar. Saugen und Schlucken von Anfang an normal. Schreien leise. — Innere Organe ohne Befund; kleine Thymusdämpfung. Atmung gemäß der schlecht entwickelten Thoraxmuskulatur fast nur abdominal. Unter elektrischer und Massagebehandlung hat sich bis jetzt leichte Besserung eingestellt, indem zuerst die Zehen, dann auch Hände und Füße bewegt, zuletzt Unterarme gebeugt und supiniert werden. Im Anschlusse an diesen Befund, der den Fall als Myatonia congenita im Sinne Oppenheims charakterisiert, werden

die zur Erklärung dieser Erkrankung von Oppenheim, Bernhard, Spiller und Bing aufgestellten Hypothesen kritisch besprochen.

b) **Demonstration eines Präparats von angeborener Hydronephrose eines 17 Tage alten Knaben.** Die Ureteren waren mehr der Länge nach erweitert (30 statt 10 cm) und knäuelförmig aufgewickelt, so daß sie intra vitam als besondere, von den ebenfalls vergrößerten und palpablen Nieren getrennte Geschwülste nachzuweisen waren. Ein Hindernis in den abführenden Harnwegen, welches die Hypertrophie der Blase und konsekutive Stauung in Ureter und Niere erklärte, wurde nicht aufgefunden, so daß der Fall anatomisch nicht geklärt ist.

Sonnenberger (Worms): **Stellungnahme der Vereinigungen gegenüber den Angriffen auf die Pädiatrie als Spezialität, insbesondere den diesbezüglichen Beschlüssen von Offenbacher und Pfälzer ärztlichen Vereinen.** S. erörtert kurz die bekannten Vorgänge an Hand einer Reihe von Artikeln pro und contra, die im „Ärztlichen Vereinsblatt" und den „Ärztlichen Mitteilungen" in letzter Zeit veröffentlicht wurden, wendet sich dann besonders gegen die betreffenden Beschlüsse der genannten Vereine. Er hält es für opportun, daß die Kinderärzte dagegen in irgend einer Weise Stellung nehmen. Nach eingehender Debatte, an der sich Schlossmann, Neter, Selter und Sonnenberger beteiligen, wird beschlossen, an die gelegentlich der diesjährigen Versammlung deutscher Naturforscher und Ärzte in Dresden tagende Gesellschaft für Kinderheilkunde das Ersuchen zu richten, den Gegenstand auf das Programm zu setzen, um als berufenster Faktor zu der Angelegenheit Stellung zu nehmen.

Hoffa (Barmen) **demonstriert die Pläne des neuen Säuglingsheims zu Barmen.** Im Haus sind untergebracht Säuglingsheim nebst Quarantänestation mit im ganzen 30 Betten, außerdem Stillkrippe (15 Säuglinge) und Krippe für etwa 30 Kinder von 1—3 Jahren. Sämtliche Abteilungen räumlich und in Pflege isoliert. Alle zum aseptischen Betrieb im Schlossmannschen Sinne erforderlichen Einrichtungen vorgesehen. Die Anstalt nimmt eine Anzahl Mütter als Ammen auf, bildet Säuglingspflegerinnen aus, die Überwachung der Haltekinder wird der Anstalt angegliedert (Beaufsichtigung durch Arzt und Berufspflegerin). Gesamtkosten des Baues und der ersten Einrichtung etwa 120000 Mk.

Hirsch (Wiesbaden): **Die Städtische Säuglingsmilchanstalt und die damit verbundene Mutterberatungsstelle.** Die Anstalten, die unter seiner Leitung stehen, sind am 1. April d. J. eröffnet worden und nach Kölner Muster eingerichtet. Es werden vorerst 4 Mischungen abgegeben: $^1/_3$, $^1/_2$, $^2/_3$-Milch und Vollmilch in trinkfertigen Portionsfläschchen. Der Preis für die Tagesration stellt sich für die Stadt auf 27 Pf., für die Abnehmer (Unbemittelte mit einem Einkommen unter 2000 Mk.) auf 22 Pf. In der Mutterberatungsstelle sind wöchentlich zweimal Sprechstunden eingerichtet, in denen der Prophylaxe und Hygiene das Hauptaugenmerk zugewendet ist. Die Einführung von Stillunterstützungen und Stillprämien ist ins Auge gefaßt. Demonstration der Anstalt.

Cahen-Brach (Frankfurt a. M).

Biologische Abteilung des ärztlichen Vereins Hamburg.

(Nach der Münch. med. Wochenschrift.)

Sitzung vom 12. Februar 1907.

R. Schreiber demonstriert zwei Fälle von **kongenitaler Atresie des oberen Ösophagusendes und gleichzeitiger Kommunikation des unteren Endes mit der Trachea.** Das eine Präparat stammt aus der Sammlung des pathologischen Institutes des Eppendorfer Krankenhauses, das andere fand Vortr. bei Sektion einer 46 cm langen männlichen Frühgeburt. Kurz nach der Geburt war das Kind wegen starker Zyanose und Dyspnoe ins Krankenhaus gebracht, und dort am nächsten Morgen unter diesen Erscheinungen ad exitum gekommen.

Die Sektion ergab außer der Anomalie der Speiseröhre starke Zyanose des Gesichtes und der Extremitäten, Harnsäureinfarkte der Nieren, kleinste gelbliche Ulzerationen der Magenschleimhaut, starken Luftgehalt von Magen- und Darmschlingen, bronchopneumonische Herde beider Lungen, sowie multiple bis linsengroße, subpleurale Blutungen. Foramen ovale und Ductus Botalli waren offen.

Im Magen etwas zäher, glasiger Schleim; Trachea, Blindsack und unteres Ösophagusende völlig leer.

Ferner werden noch Zeichnungen von 2 gleichen Fällen demonstriert, die Happich beobachtet hat.

An sich sind kongenitale Ösophagusmißbildungen seltene Erscheinungen. Beschrieben sind als äußerst selten: völliges Fehlen, wie doppelte Anlage der Speiseröhre und Ösophagotracheafisteln ohne sonstige Mißbildung.

Relativ sind Stenosen des unteren oder oberen Ösophagus, sowie Vormägen, d. h. zirkumskripte Dilatationen im unteren Ösophagus. Letzteres scheint häufiger zu sein als bisher angenommen, wenigstens fanden J. Schreiber und Telemann unter 24 infantilen und fötalen Speiseröhren 3 Fälle von wirklichen Vormägen.

Nicht zu selten findet man Atresie des oberen Ösophagus und gleichzeitige Kommunikation des unteren Endes mit der Trachea.

Happich hat 1905 im ganzen 59 derartiger Fälle aus der Literatur zusammengestellt und unterscheidet zwei Typen. Bei Typ I (38 Fälle) mündet der untere Ösophagus oberhalb der Bifurkation in die Trachea, bei Typ II (21 Fällen) an der Bifurkation. Danach rechnet Vortr. der älteren Fall (I) zu Typ I, den neueren (II) zu Typ II.

	Fall I:	Fall II:
Unteres Blindsackende:		
oberhalb der Kardia	64 mm	62 mm
an Trachealring	10—11	7—8
Kommunikationsöffnung:		
oberhalb der Kardia	60 mm	42 mm
„ „ Bifurkation	? (jedenfalls über 2 cm)	2 mm
Zwischenstück:	3—4 mm	18 mm

Meist handelt es sich um äußerlich wohlgebildete Kinder, die lebend zur Welt kamen und bis zu 13 Tage gelebt haben.

Klinisch wurde gewöhnlich Dyspnoe, Zyanose, baldiges Erbrechen oder vielmehr Herausfließen der geschluckten Nahrung beobachtet. Die Kinder gingen dann unter zunehmender Atrophie und meist bestehender Bronchopneumonie zugrunde. Durch das Verschlucken der Luft kommt es zu immer stärkerer Aufblähung von Magen und Darm und dadurch bedingtem Luftmangel der Lungen und Kompression derselben durch das hochstehende Zwerchfell. Durch Eindringen der aus dem Blindsack zurückfließenden Nahrung in die Trachea ist die meist vorhandene Schluckpneumonie bedingt.

Therapeutisch ist einige Male nach Sicherung der Diagnose durch Sondenuntersuchung eine Gastrotomie gemacht, aber ohne längerdauernden Erfolg.

Der anatomische Befund ist bis auf Größenunterschiede immer ziemlich derselbe. Etwa an der Grenze vom oberen und mittleren Drittel endet der Ösophagus als Blindsack. Sein meist trichterförmiges, selten abgerundetes Lumen erscheint erheblich erweitert, seine Wand auf 3—4 mm verdickt. Diese Dilatation und Hypertrophie der Wand sind wohl auf intrauterine Arbeitsleistung durch Verschlucken und Wiederauswürgen des Fruchtwassers zurückzuführen. In der Blindsackwand sind quergestreifte und Längsmuskulatur gefunden. Blindsack und unterer, in die Trachea mündender Abschnitt sind durch ein mehr weniger langes, plattes, dünnes Band verbunden, das muskulöser oder bindegewebiger Natur ist und an der Hinterwand der Trachea fest anhaftet. Durch ein Herabhängen des Blindsackes bei hochgelegener Kommunikationsöffnung wird das Zwischenstück leicht übersehen.

Die Einmündung des unteren Ösophagusendes in die Trachea liegt entweder einige Zentimeter oberhalb der Bifurkation, und zwar scheint $1^1/_2$ cm der typische Sitz zu sein, oder an der Bifurkation. Durch Verschiedenheiten der Messungen weichen diese Angaben zum Teil wesentlich voneinander ab.

In vielen Fällen, besonders bei Typ II, haben sich gleichzeitige Gefäßmißbildungen gefunden. Bezüglich der Entstehung ist wohl sicher, daß man bei der konstanten Kombination von Atresie und Kommunikation mit der Trachea berechtigt ist nur von einer Anomalie zu reden, wobei die beiden Einzelmißbildungen auf derselben, gleichzeitig einwirkenden, Ursache beruhen.

Die Atresie und die Obliteration des Zwischenstückes erklärt auch Vortr. aus der häufigen Beteiligung von Gefäßmißbildungen und der dadurch bedingten mangelhaften Blutspeisung oder durch Druckwirkung benachbarter Gefäße. Besonders in den Fällen, wo die Art. subklavia dextra hinter dem obliterierten Ösophagus verlief. Die Frage der gleichzeitigen Kommunikationsentstehung bleibt ungeklärt.

Vortr. empfiehlt eine genaue mikroskopische Untersuchung solcher Anomalien, besonders des Zwischenstückes.

Medizinische Gesellschaft zu Chemnitz.

(Nach der Münch. med. Wochenschrift.)

Sitzung vom 13. Februar 1907.

Vor Beginn der Sitzung stellt Waldstein ein 8 Tage altes Kind mit angeborenem **Herzfehler** vor. Es besteht allgemeine Zyanose, besonders stark ist die Zyanose an der Glans penis ausgeprägt.

Reichel: **Demonstrationen.**

Fall von großer Mesenterialchyluszyste (Lymphangioma cysticum). Der 6 Jahre alte Patient hatte früher Keuchhusten, Lungenentzündung, vor 2 Jahren Scharlach durchgemacht, war seitdem stets kränklich gewesen. Seit $1^1/_2$ Jahren bemerkten die Eltern eine stetige Zunahme des Leibesumfanges. Patient hatte dauernd einen schmerzhaften Druck am Leib, oft kolikartige Schmerzen, zeitweises Erbrechen. Der Stuhl war zwar nicht diarrhoisch, aber doch zu häufig, 3—4 mal des Tages, enthielt oft Schleim, aber nie Blut beigemengt. Verschiedene Ärzte hatten Bauchwassersucht diagnostiziert; alle Maßnahmen waren erfolglos geblieben.

Der blasse, kränklich aussehende, magere Knabe zeigte einen stark, besonders im Meso- und Hypogastrium vorgewölbten Leib; der Leibesumfang maß in Nabelhöhe 70 cm. Eine Geschwulst ließ sich nicht durchtasten. Großwellige Fluktuation pflanzte sich schon bei leisem Anschlag von einer zur anderen Seite fort. Der Perkussionsschall war in den unteren Abschnitten des Leibes gedämpft; bei Rückenlage reichte die Dämpfung in beiden Seiten bis zum Rippenbogen, in der Mittellinie bis 2 Querfinger oberhalb des Nabels. Im Epigastrium bestand tympanitischer Schall. Bei Lagewechsel änderte sich die Dämpfungsfigur entsprechend. Das Zwerchfell war in die Höhe gedrängt; der Lungenschall reichte rechts vorn bis zur 5. Rippe, hinten beiderseits bis zum 9. Zwischenrippenraum. Über beiden Lungen hörte man vereinzelte trockene Rasselgeräusche, sonst überall vesikuläres Atmen. Fieber bestand nicht. Der Urin war klar, frei von Eiweiß und fremden Bestandteilen.

Eine sichere Diagnose konnte nicht gestellt werden. Am meisten wahrscheinlich schien die Annahme eines chronischen tuberkulösen Aszites. Da das Befinden des Patienten sich bisher stets verschlechtert hatte, jede andere Therapie aussichtslos erschien, machte Vortr. am 19. Juli 1906 die Laparotomie in der Medianlinie.

Aus der eröffneten Bauchhöhle drängt sich sogleich eine mit Serosa bedeckte zystische Masse hervor, die auf den ersten Blick einem enorm geblähten Dickdarm glich, sich aber bei näherem Zusehen als eine schlaffwandige Zyste erwies. Zwischen ihr und der Bauchwand trat tropfenweise milchige Flüssigkeit hervor. Die Zyste wurde vorgewälzt und eröffnet; sie enthielt eine enorme Menge graugrüner, trüber Flüssigkeit; ihre Gesamtgröße überstieg die eines Mannskopfes erheblich. Ihrer Oberfläche lag eine Dünndarmschlinge auf; die Zyste war in dem Mesenterium dieser Schlinge entwickelt und hatte den peritonealen Überzug des Darmes in ungefähr $^1/_3$ seiner Zirkumferenz von der Muskularis abgehoben. Ein Versuch, die Zyste aus dem Mesenterium auszuschälen, scheiterte an der Zerreißlichkeit ihrer außerordentlich dünnen Wandung. Auch zeigte sich bald, daß es sich nicht um eine einkammerige Zyste handelte, sondern der Hauptzyste eine große Anzahl kleinerer erbsen- bis bohnen- bis nußgroßer Zysten unmittelbar anlagen; ihr Inhalt hatte ein milchiges Aussehen, weißliche Färbung, nicht die graugrüne der Hauptzyste, hatte deutlich die Beschaffenheit des Chylus. Da die Ausschälung unmöglich war, wurde die Zystenmasse samt ihrem, dem einen Blatte

des entfalteten Mesenterium entsprechenden Peritonealüberzuge exstirpiert. Es war dies nur dadurch möglich, daß die Zystenwand sich wesentlich nur nach der einen Seite des Mesenterium entwickelt, das gegenüberstehende zweite Mesenterialblatt aber nicht mit ausgedehnt hatte, so daß die den Darm selbst ernährenden Gefäße und Nerven bei Exzision der Geschwulst geschont werden konnten. Zum Schlusse wurde der Rest des Mesenterialblattes, nach welchem zu sich die Zyste ausgeweitet hatte, mit dem Peritoneum des Darmes durch Naht vereinigt, so daß dieser wieder eine vollständige Serosabekleidung erhielt. Beim weiteren Zufühlen fand man im Mesenterium der anderen Darmschlingen noch eine große Anzahl kleinster und größerer, bis walnuß-, ja hühnereigroßer zystischer Gebilde, von deren radikaler Entfernung gar keine Rede sein konnte. Daher Schluß der Bauchwunde mit Etagennaht.

Die von Prof. Dr. Nauwerck vorgenommene mikroskopische Untersuchung ergab, daß es sich um ein multilokuläres Lymphangioma cysticum handelte mit eingelagertem lymphadenoiden Gewebe, so daß vielleicht auch die Lymphdrüsen an der Lymphangiombildung sich beteiligt hatten.

Der Verlauf war in den ersten Tagen bedrohlich. Nicht Peritonitis, sondern Zeichen von Ileus trübten anfangs die Prognose; Patient hatte trockene Zunge, war sehr unruhig, erbrach mehrere Tage lang alles, hatte kolikartige Leibschmerzen; weder Stuhl noch Flatus gingen ab, doch trieb der Leib nicht auf, blieb weich. Durch Magenausspülungen, Mastdarmeinläufe, täglich wiederholte Kochsalzinfusionen gelang es, den Patienten über diese schlimme Periode hinwegzubringen. Am 4. Tage wurde er ruhiger, das Erbrechen hörte auf, es trat spontan Stuhlgang ein. Der weitere Verlauf war ungestört. 4 Wochen nach der Operation wurde Patient geheilt entlassen.

Bei einer Nachuntersuchung am 18. Februar 1907 war der Knabe gesund, hatte guten Appetit, war frei von Beschwerden. Auch bei sorgfältiger Abtastung des Abdomen ließen sich Geschwulstknoten in ihm nicht mehr nachweisen.

Meltzer hält seinen Vortrag: **Über Schwachsinnigenfürsorge.** M. berichtet im Anschluß an die Führung der Medizinischen Gesellschaft durch die Landeserziehungsanstalt für Blinde und Schwachsinnige im November 1906 und an seinen Vortrag am 15. Dezember „Über Blindenerziehung und -fürsorge", weiter über die zweite Hauptaufgabe der Anstalt „Die Schwachsinnigenerziehung".

Nach einigen Vorbemerkungen über die geschichtliche Entwicklung der Schwachsinnigenfürsorge im Königreich Sachsen charakterisierte er kurz, namentlich nach der psychologischen Seite hin das Material, was hauptsächlich zur Aufnahme kommt. Es wird möglichst frei gehalten von tiefstehenden blödsinnigen Kindern, die vorläufig in eine Kinderabteilung der Anstalt Hubertusburg und später in die als Pflegeanstalt einzurichtende Anstalt Großhennersdorf aufgenommen werden; auch kommen relativ wenig nur schwachbeanlagte, geistig zurückgebliebene Kinder dahin, weil diese in den zahlreichen Hilfsschulen Sachsens einen zweckentsprechenden Unterricht finden. Es hält sich also mehr in der Mitte zwischen beiden Extremen und läßt sich einigermaßen nach seinem geistigen Niveau vergleichen mit normalen Kindern im Alter von 1—5 Jahren. Bei der Erziehung dieser Art Kinder tut man gut, wenn man auf die psychologischen Beobachtungen des normalen Kindes rekurriert. Lustbringende Reize muß man setzen, um psychische Reaktionen zu erzielen; das sind vor allem Bewegungen, Töne, Geräusche. Sie erregen die Aufmerksamkeit des normalen Säuglings ebenso wie des indolenten apathischen 5—8 jährigen und älteren schwachsinnigen Kindes. Sie erzeugen ein Lächeln und Strampeln mit Armen und Beinen bei jenen und Bewegungsvorstellungen und schließlich nachahmende Bewegungen bei diesen. Im ersten Anschauungsunterricht muß man sich so durch möglichst alle Sinnespforten des schwachsinnigen Kindes zentripetal einschleichen (glänzende Klingel, farbige Kugel sehen lassen, tönen bzw. rollen lassen, umgreifen bzw. tasten lassen), die hervorgerufene zentrale Erregung ausnutzen und sie auf zentrifugale Bahnen leiten. Der Eindruck soll sofort einen Ausdruck nach sich ziehen. Der Anschauungsunterricht darf also nicht nur Anschauung bieten, sondern muß zugleich Handlungsunterricht im weitesten Sinne sein. Später geht man im Sortieren verschiedener Gegenstände dazu, die Eigenschaften derselben ihm beizubringen, im Stäbchenlegen den Formensinn, Zahl und Raumvorstellungen zu wecken.

Die Lust am Schaffen, die Erregung des Tätigkeitstriebes wird durch Perlenreihen, Flechten, vor allem aber durch das Arbeiten mit Ton angeregt. Im Selbst-

bedienen sucht man die Kinder selbständig im Hantieren mit ihren Kleidungsstücken zu machen, im Spiel und in gymnastischen Übungen die Muskeln zu koordinierter Tätigkeit zu erziehen. Hat man schon in der Vorschule darauf hingearbeitet Finger und Hände zu späterer Arbeit geschickt zu machen, z. B. durch das Flechten des Zopfes mit Tuchleisten, so wird in den unteren Schulabteilungen angefangen den Schilfzopf zu flechten, bis man zum Anfertigen von Fußabstreichern gelangt. Die Knaben werden weiter im Bürstenbinden, Netzstricken, in Holz- und Papparbeiten, wobei besonders auf die wirkliche Brauchbarkeit der gefertigten Gegenstände Wert gelegt wird, die Mädchen im Rohrstuhlbeziehen, Näh- und Strickarbeit u. dgl. unterwiesen.

Der sich geistig gut entwickelnde Schwachsinnige wird auch im Lesen und Schreiben und später in allen Fächern, die bis zur Mittelstufe einer einfachen Volksschule getrieben werden, unterrichtet, immer aber, indem der Hauptnachdruck darauf gelegt wird, daß er bei seinem beschränkten geistigen Horizont nichts Unnützes, nur das Gedächtnis Belastende gelehrt bekommt, und daß er gewissermaßen instinktiv oder automatisch ethisch bzw. nicht antisozial zu handeln gewöhnt wird. Ob er schreiben und lesen lernt, ob er überhaupt in eine Schulabteilung gelangt, darauf kommt es gar nicht an. Hauptsache ist, daß er arbeiten lernt und zwar mit der nötigen Lust und Geduld, daß er sich einmal ohne zu viel Schwierigkeit in diejenigen Verhältnisse, in die er nach der Entlassung aus der Anstalt kommt, zu schicken weiß und möglichst viel zu seinem Lebensunterhalt beitragen kann. Das Ideal der Anstaltserziehung ist die Heranbildung zu völliger Erwerbsfähigkeit und bürgerlicher Selbständigkeit. Selbstverständlich kann dieses Ziel nur bei einem Teile der Schwachsinnigen erreicht werden. Je nachdem sie in ländliche oder städtische Verhältnisse zurückkehren, je nach ihrer körperlichen oder geistigen Eignung, zuweilen auch entsprechend dem Wunsche der Eltern werden sie, wenn sie körperlich so weit vorgeschritten sind, in Feld- und Gartenarbeit, in Korbmacherei, die Mädchen im Wäschenähen, Waschen, grober Küchenarbeit und Hausarbeit ausgebildet, wobei besonders darauf gesehen wird, daß sie sich im Gegensatz zur Schulzeit, in der mehr Abwechslung in den Fächern herrscht, an Ausdauer bei einer Arbeit und völliger Beherrschung dieser gewöhnen. Die möglichst gute technische Ausbildung des Schwachsinnigen in Korbmacherarbeit befähigt ihn vor allem auch manche Fabrikarbeit zu tun, die sich im industriereichen Sachsen oft als Erwerbsquelle darbietet, wenn auch die Fabrik mit ihrem Milieu meist nicht der geeignetste Ort für ihn sein wird.

Manche Schwachsinnige können nach den in ihnen vorhandenen intellektuellen und technischen Anlagen natürlich nur zu halben, manche auch nur zu Viertelskräften herangebildet werden. Es kommt darauf an, sie so zu erziehen, daß sie einfachste Hausarbeit oder einfachste mechanische Arbeit, worauf zum Beispiel die Rohrweberei eine geeignete Vorbereitung sein kann, verrichten können. Bei manchen endlich, insonderheit den völlig Bildungsunfähigen, Blöden, muß man sich damit begnügen, wenn sie im Elternhaus kein schwer empfundenes Hemmnis sind, das die arbeitskräftigen Familienglieder durch die Notwendigkeit ihrer Beaufsichtigung oder Abwartung von wichtigeren Geschäften abhält, wenn sie nicht antisoziale Triebe entwickeln oder durch Unreinlichkeit antihygienisch wirken und materiellen Schaden stiften.

Die Anstalt sorgt ähnlich wie für die Blinden auch für die Schwachsinnigen noch nach der Entlassung. Sie stattet sie wie den Blinden aus, vermittelt ihnen Arbeitsstellen, läßt sie besuchen und wählt Vertrauensmänner, die sich in der Zwischenzeit um sie kümmern. Solche, die wegen hochgradigen geistigen Defektes oder antisozialer Neigungen nicht geeignet im Elternhaus oder anderweit untergebracht werden können, finden in der landwirtschaftlichen Kolonie zu Großhennersdorf eine einfache ländliche Unterkunft, wo ihre kleinen Teilkräfte unter geeigneter Aufsicht nutzbringend verwendet werden können.

(Ausführlicheres findet man in der Allgem. Zeitschr. f. Psychiatrie, Jahrg. 1904: Die staatl. Schwachsinnigenfürsorge im Königreich Sachsen, 2 Artikel, und Zeitschr. f. d. Behandlung und Erforschung des jugendlichen Schwachsinns, 1. Bd., H. 1 und 2.)

Verantwortlicher Redakteur: Dr. Eugen Graetzer in Friedenau-Berlin. — Verlag von Johann Ambrosius Barth in Leipzig. — Druck von Metzger & Wittig in Leipzig.

Centralblatt für Kinderheilkunde.

Eine Monatsschrift für praktische Ärzte.

XII. Jahrgang. **1. Dezember 1907.** No. 12.

I. Originalbeiträge.

Zwei Fälle von Serumatosis (Serumkrankheit).

Von

Dr. **Wilhelm Gabel** (Lemberg).

Die zwei Fälle, die Gegenstand vorliegenden Aufsatzes sein sollen, gehören in das Gebiet des von Pirquet und Schick als Serumkrankheit beschriebenen Symptomenkomplexes. Auf der kritischen Sichtung der seit der Einführung der Serumtherapie stark angewachsenen Literatur, sowie auf einer großen Anzahl selbstbeobachteter Fälle basierend, kristallisierten obengenannte Forscher ein Krankheitsbild heraus, dessen nähere Beschreibung sie in dem Buche „Die Serumkrankheit"[1]) niederlegten. Auf diese, dort dargelegten Tatsachen erscheint es notwendig, mit ein paar Worten zurückzukommen, um dann daran anschließend die beiden von mir beobachteten Fälle richtig beurteilen zu können.

Abgesehen von dem Heileffekt, den eingespritztes Serum auf den Krankheitsherd ausübt, ruft es, als ein in den Organismus eingeführtes artfremdes Agens, eine Reihe von Erscheinungen hervor, die, konstant auftretend, ein wohlcharakterisiertes Krankheitsbild dem Beobachter darbieten. Bei gleichbleibendem Grundtypus sind doch deutlich wahrnehmbare Verschiedenheiten nachzuweisen, je nachdem bei dem Individuum das erste Mal, oder aber ein zweites, eventuell ein drittes Mal das Serum angewandt wurde. So sprechen obengenannte Forscher von zwei Verlaufsarten der Krankheit: von der Serumkrankheit bei Erst- und von einer bei Reinjizierten. Einerlei dabei ist es aber, ob die Reinjektion mit demselben Serum oder mit verschiedenen Serumarten (z. B. Skarlatina- und Diphtherieserum) vorgenommen wurde, einerlei ob der Zeitraum zwischen den Injektionen kurz war, oder ob Monate, ja Jahre dazwischen verflossen sind. Um mit den Erstinjizierten zu beginnen, so tritt zwischen dem 8. und 12. Tage nach der Injektion eine leichte Schwellung der Lymphdrüsen, in deren Versorgungsgebiet die Injektionsstelle liegt, hervor, die Körpertemperatur steigt mäßig an, und zuerst an der Injektionsstelle, dann sich über den ganzen Körper ausbreitend schießen die, meistens der Urtikariagruppe angehörenden Effloreszenzen auf. Dazu

[1]) Die Serumkrankheit, von Dr. C. Frh. von Pirquet und Dr. B. Schick. Wien 1905.

tritt, und das nach Forschungen Pirquets fast konstant, ein allgemeines Ödem auf, manchmal sichtbar, in anderen Fällen bloß durch Wägungen nachweisbar, ohne daß Harnveränderungen auf irgendeine Nierenerkrankung hindeuten würden. In manchen Fällen wird über Schmerzen in den Gelenken geklagt. Nach paar Tagen, manchmal aber auch erst nach 4—5 Wochen, verschwinden alle die Symptome, ohne welche Folgezustände zu überlassen.

Von diesem hier skizzierten, vollkommenen Krankheitsbild bis zu den rudimentärsten Formen gibt es zahlreiche Übergänge und Abstufungen, von den Veränderungen im Organismus, dem Auge des Arztes gar nicht konstatierbar und nur, wie später hervorgehoben wird, durch die Eigentümlichkeit der Reaktion bei Reinjizierten nachweisbar, bis zu den schwersten, mit schwerer Prostration und starker Abmagerung einhergehenden Fällen.

Was die einzelnen Symptome betrifft, so gehört das Fieber zu den konstantesten Symptomen der Krankheit. Es ist mehr oder minder intensiv, je nach der Menge des injizierten Serums, der individuellen Disposition und der Art des Exanthems. Der Fiebertypus ist remittierend, mit 1—3° betragenden Schwankungen. Das zweite, meistens ins Auge springende Symptom der Serumkrankheit sind Exantheme. Dieselben können nach Hartungs[1]) Einteilung entweder urtikariaartig sein, oder nähern sich der skarlatinösen bzw. morbillösen Form, oder können schließlich polymorph sein. Meistens treten sie zuerst an der Injektionsstelle auf, verbreiten sich symmetrisch und sind als Urticariaformen von starkem Juckreiz begleitet. Drittens ist unter den Symptomen die Drüsenschwellung hervorzuheben. Nach Pirquet und Schick,[2]) deren Darstellung wir folgen, ist die Drüsenschwellung eines der konstantesten Krankheitssymptome. Meist 7—8 Tage nach der Injektion beginnend, bemerkt man, zuerst an den, der Injektionsstelle entsprechenden, dann aber auch an anderen Lymphdrüsen, langsame, aber konstant zunehmende Schwellungen; dieselben werden bis dattelkerngroß und beim Betasten schmerzhaft. Das Verkleinern der Drüsen ist das Zeichen, daß der Verlauf der Krankheit sich dem Ende nähert. Manchmal gesellen sich zum Krankheitsbilde Gelenksschmerzen, bei negativem objektiven Befunde, die Leukozytenzahl steigt zuerst mäßig an, um plötzlich mit dem Eintritte der Serumerscheinungen beträchtlich abzusinken. Als letztes und wohl interessantestes Symptom wären die auftretenden allgemeinen Ödeme hervorzuheben.

Hier will ich einen selbstbeobachteten Fall anführen, der das Auftreten dieser Erscheinung am besten illustrieren wird:

Ein 5jähriger Knabe, der vor ca. 3 Jahren eine heftige Skarlatina mit Nephritis durchgemacht hatte, erkrankt eines Tages an Diphtherie. Eine Injektion von Paltauf Nr. III (8 ccm 1500 A. E.) brachte in 2 Tagen die erwartete Heilung. Der Knabe war daraufhin ganz gesund und munter, als am 8. Tage nach der Injektion die Mutter mit der Angabe gelaufen kam, ihr Bub sei angeschwollen und hätte wiederum wahrscheinlich eine Nierenentzündung bekommen.

---

[1]) Hartung: Die Serumexantheme der Diphtherie. (Jahrbuch für Kinderheilkunde. 1896.)

[2]) l. c.

Anamnestisch erhob ich, daß einen Tag früher ein juckender Ausschlag am ganzen Körper sich gezeigt hatte, dem man aber, da er bald darauf verschwand, keine besondere Bedeutung beigelegt hatte. Der Status war kurz folgender:

Ein blasser, schwächlicher Bub, Temp. 37,5° C, Puls 82 in der Minute, regelmäßig. Das Sensorium ist frei, Erbrechen fehlt. Die Injektionsstelle reaktionslos, schmerzlos. Die Hautoberfläche ohne Veränderung. Das Gesicht, speziell die beiden Unterlider, deutlich gedunsen, auch an den Unterschenkeln ist Ödem nachweisbar. Innere Organe ohne abnormen Befund, speziell das Herz normal, perkutorisch keine Dilatation nachzuweisen, Herztöne rein und klappend. Auf eventuelle Drüsenschwellung in inguine wurde damals nicht geachtet.

Der Harn klar, ohne Sediment, gibt auf alle Eiweißproben negatives Resultat. Harnmenge wenig vermindert.

Der Verlauf war ein günstiger. Unter Anwendung von warmen Bädern, Roob Juniperi und dergleichen verschwand langsam das Ödem, Albumen war in dem täglich kontrollierten Harn nie nachzuweisen.

Die Deutung dieses Falles war damals einigermaßen schwer. Den Fall als Analogon der von Quincke beschriebenen einfachen Scharlachwassersucht anzunehmen, ging, da das Kind durchwegs nicht kachektischer Natur war, wohl schwer, höchstens könnte man hier eine Nephritis ohne Eiweiß, wie Henoch und Aufrecht beschrieben, annehmen. Doch der übrige Harnbefund sprach dagegen, so daß damals die Diagnose in suspenso blieb. Nach Pirquet und Schick gehören Ödeme zu den konstantesten Symptomen der Serumkrankheit. Durch Wägungen haben die Forscher dieselben auch dort nachgewiesen, wo sie dem Auge nicht konstatierbar sind, von der Annahme ausgehend, daß Fieber und geringe Nahrungsaufnahme das Körpergewicht eher herabsetzen sollten als umgekehrt, was bei einem ödematösen Kranken der Fall ist. Tritt manchmal Albuminurie dazu, so ist sie sehr gering, $^1/_4$ pro mille, ernstere Folgezustände, wie Urämie, sind nie beobachtet worden.

Von gleichbleibendem Grundtypus, verschieden jedoch hauptsächlich in bezug auf den Zeitpunkt des Eintrittes der Reaktion und Intensität der Erscheinungen, gestaltet sich der Krankheitsverlauf bei Reinjizierten, das ist bei Personen, die schon früher einmal mit irgendeinem Serum, gleich ob Skarlatina- oder Diphtherieserum behandelt worden sind. Dreierlei Arten von Möglichkeiten unterscheiden hier Pirquet und Schick: es tritt entweder die sogenannte sofortige oder die beschleunigte Reaktion, oder schließlich eine Kombination beider Arten auf. Während bei Erstinjizierten die ersten Erscheinungen am 8.—12. Tage nach der Injektion auftreten, tritt bei der sofortigen Reaktion der Reinjizierten sofort oder mindestens innerhalb der ersten 24 Stunden ein intensives Ödem der Injektionsstelle zutage, dabei bestehen seltener und nicht in so starkem Maße Fieber, allgemeine Exantheme und Lymphdrüsenschwellung. Dieses sogenannte spezifische Ödem, worauf genannte Forscher das größte Gewicht legen, ist dann anzunehmen, wenn die Menge des injizierten Serums in gar keinem Verhältnisse zu der mächtigen Schwellung steht, die meistens den ganzen Oberschenkel einnimmt. Durch Messung des durch die ödematöse Stelle verdrängten Wassers kann die Unverhältnismäßigkeit der Schwellungen nachgewiesen werden. Kommt es zur beschleunigten Reaktion, so treten die bei der sofortigen Reaktion beschriebenen Erscheinungen erst am 5.—7. Tage nach

der Injektion auf, wobei aber der ganze Krankheitsverlauf ein viel kürzerer ist und die Erscheinungen rascher, gedrängter auftreten. Als Kombination kommen Fälle vor, wo die sofortige und beschleunigte Reaktion zusammen auftreten, wo also durch eine 5—6 tägige Pause getrennt, ein neuerlicher Ausbruch der Erscheinungen zu beobachten ist.

Ob in dem einen Fall diese oder jene Reaktion eintritt, hängt von dem Intervall der Injektionen ab; bei einem Intervall von 40 Tagen tritt die sofortige, von 40 Tagen bis 6 Monaten die sofortige und beschleunigte, und über 6 Monate nur die beschleunigte Reaktion auf. Diese Zahlen sind jedoch nicht feststehend, und im nachfolgenden führe ich einen Fall eigener Beobachtung an, wo nach einem $3^1/_2$ jährigen Intervall bloß die sofortige Reaktion allein auftrat.

Die beiden in der Literatur bekannten, analogen Fälle hatten ein Intervall von 3 Jahren, es ist der Fall, den Pirquet[1]) anführt, und der Fall von Marfan.[2])

Der Verlauf war folgendermaßen:

Sommer 1903 wurde ein 4 jähriger Knabe wegen Diphtherie mit Diphtherieserum behandelt. Nach der Injektion keine Serumkrankheit. Winter 1906 neuerliche Diphtherieerkrankung, worauf erneut 1500 A. E. Diphtherieserum in den rechten Oberschenkel morgens injiziert wurden. Denselben Abend erhob ich folgenden Status: Das Kind fiebert (38,5° C.), Puls 100. Im Rachen kein Fortschreiten der Diphtherie. Der rechte Oberschenkel mächtig geschwollen, stark druckempfindlich. Inguinaldrüsen rechts vergrößert, schmerzhaft. Nächsten Morgen breitet sich von der Injektionsstelle ausgehend, eine Urtikaria am ganzen Körper aus, die durch intensives Jucken den Patienten stark belästigt. Abends ist das Krankheitsbild im Abnehmen begriffen, tags darauf allgemeines Wohlbefinden. Harn stets eiweißfrei.

Abgesehen von dem langen Intervall ist in diesem Falle auch das erwähnenswert, daß es sich hier beide Male um Injektion geringer Serummengen gehandelt hat, wo doch die Menge des Serums nach Pirquet einen wichtigen Ausschlag in der Art des Auftretens der Serumkrankheit bedingen soll. Auch in dem von Pirquet mitgeteilten Falle war beide Male Diphtherieserum in Anwendung gezogen; ob Marfan nicht einmal irgendein anderes Heilserum anwandte, ist mir nicht bekannt.

Auf jeden Fall beweisen alle die Tatsachen, daß das injizierte Serum eine Veränderung in dem Organismus hervorruft, und selbst dann, wenn nach der Erstinjektion keinerlei Symptome der Serumkrankheit aufgetreten sind, man aus dem Verlaufe der Reinjektion auf eine bereits erfolgte frühere Injektion schließen kann. Diese Reaktionsfähigkeit scheint unbegrenzt zu sein, sind doch Fälle beschrieben, wo nach einem $7^1/_2$ jährigen Intervall beschleunigte Reaktion nach Reinjektion zu konstatieren war.

Durch die Untersuchungen Pirquets und Schicks sind wir über diese Erscheinungen vollkommen informiert, sie treten uns als ein in sich abgerundetes, klargestelltes Krankheitsbild entgegen, weswegen ich mir erlaube, für den beschriebenen Symptomenkomplex den Namen der „Serumatosis“ vorzuschlagen.

[1]) l. c.
[2]) Marfan: Recherche sur le pathogénie des accidents sérothérapiques. 1905.

II. Referate.

A) Aus deutschen Zeitschriften.

O. Rothberg, Über den Einfluß der organischen Nahrungskomponenten (Eiweiß, Fett, Kohlehydrate) auf den Kalkumsatz künstlich genährter Säuglinge. (Jahrb. f. Kinderheilk. Bd. 66. Heft 1.) Auf Grund eigener Stoffwechselversuche zum Studium des Kalkumsatzes im kindlichen Körper fand Verf. unter allen Versuchskindern bei Ernährung mit Magermilch eine positive Kalkbilanz, auch bei denjenigen, die Symptome von manifester Rachitis darboten. Die Retentionszahlen schwanken nicht sehr erheblich, nämlich zwischen 14 und 26% des eingeführten CaO. Dabei scheint auch die absolute Menge der Zufuhr eine Rolle zu spielen. Dort, wo sie größer war, ist auch die absolute Menge des retinierten CaO größer, und umgekehrt. In Prozenten berechnet läßt sich diese Abhängigkeit allerdings nicht nachweisen. Die N-Retention differiert viel stärker und läßt keine Parallele zu der CaO-Retention erkennen. Das Alter der Kinder scheint ohne Bedeutung.

In sehr deutlichem Kontrast stehen dazu die beiden Vollmilchversuche an den jüngeren Kindern. In beiden Fällen konnte eine beträchtliche negative Kalkbilanz nachgewiesen werden bei annähernd gleicher CaO-Zufuhr wie in den Magermilchversuchen. Die N-Bilanz zeigt auch hier ein ganz verschiedenes Verhalten, sie ist in einem Falle negativ, im anderen positiv, ebenso findet in einem Falle eine mächtige Körpergewichtsabnahme, im anderen Falle eine geringe Zunahme statt. Der wesentlichste Unterschied in der Nahrung dieser und jener Versuche besteht in dem Fettgehalt derselben; an einen Einfluß desselben ist daher in erster Linie zu denken.

Weniger klar liegen die Verhältnisse in denjenigen Versuchen, wo neben reichlicher Menge von Kohlehydraten auch (im Verhältnis zum Magermilchversuch) viel Fett eingeführt wurde. Hier muß der Einfluß beider Nahrungskomponenten in Erwägung gezogen werden. Die Resultate differieren, indem die jüngeren Kinder ein CaO-Defizit aufweisen wie im Vollmilchversuch, bei allerdings viel niedrigerer Zufuhr des Kalkes, während beim älteren Kinde eine positive Bilanz gefunden wurde. Der Stickstoff wird dagegen in allen Kohlehydratversuchen relativ besser ausgenützt. Im letzten Versuch wird auch vom jüngeren Kinde bei reichlicher Kohlehydratzufuhr der eingeführte Kalk besser ausgenützt, nachdem das Fett aus der Nahrung eliminiert war. Es ergeben sich folgende Schlußsätze:

1. Beim künstlich genährten Säugling kann der Kalkstoffwechsel in erheblichem Grade durch die Art der Ernährung beeinflußt werden.
2. N- und Ca-Bilanz zeigen bei künstlich genährten Säuglingen keine Übereinstimmung.
3. Die Größe der Kalkzufuhr scheint erst in zweiter Linie beim Umsatz desselben in Betracht zu kommen.
4. Eine an Milchfett reiche Nahrung bewirkt bei einer Reihe von künstlich genährten Säuglingen eine negative Kalkbilanz.
5. Dasselbe kann auch eine kohlehydratreiche Nahrung bewirken, aber wahrscheinlich in weit geringerem Maße.

Eine Erklärung für diese Befunde kann Verf. noch nicht geben, doch möchte er darauf hinweisen, daß die Retention des Kalkes offenbar einmal von dem Verhalten des Organismus selbst bzw. den Vorgängen im intermediären Stoffwechsel und zum anderen von den Vorgängen im Darmtraktus abhängt. Hecker.

M. Klotz, Über Säuglingsernährung mit Hanfsuppe. (Aus der Säuglingsabteilung des altstädtischen Krankenhauses in Magdeburg.) (Monatsschrift f. Kinderheilk. August 1907.) In 30 Fällen wurde die Ernährung nach den Vorschriften von Manchot durchgeführt, aber mit durchaus negativen Resultaten; ja es traten sogar öfter Störungen des Allgemeinbefindens und der Digestion ein, die der Hanfsuppe beizumessen waren. Grätzer.

H. Bogen, Spasmophilie und Kalzium. (Aus der Univers.-Kinderklinik in Heidelberg.) (Monatsschrift f. Kinderheilk. Aug. 1907.) Die angestellten Untersuchungen ergaben, daß die Zufuhr von Kalzium nicht imstande ist, tetanoide Zustände hervorzurufen, daß ferner kein Anhaltspunkt dafür vorliegt, daß die Tetanie durch eine Kalziumstauung im Organismus entsteht. Grätzer.

Fritz Lange, Eine Verbesserung der künstlichen Sehnen. (Zeitschr. f. orthopäd. Chir. Bd. 17. S. 266.) L. verwendet für die Herstellung künstlicher Sehnen mit großem Vorteil seit $1^1/_2$ Jahren die Sublimatparaffinseide. Die Turnerseide wird zunächst in Sublimat 1:1000 $^1/_4$ Stunde lang ausgekocht und dann 48 Stunden lang an einem warmen, staubfreien Ort zum Trocknen aufgehängt. Auf diese Weise erhält die Seide den Sublimatgehalt, dessen sie zur Verhütung von Fadenabszessen bedarf.

Um nun die Reizung der Wunde durch das Sublimat zu vermeiden und damit die Sekretbildung zu verhüten, wird die getrocknete Sublimatseide vor der Operation 1 Stunde lang in Paraffin (Schmelzpunkt 55°) im Wasserbade gekocht. Aus dem flüssigen Paraffin wird die Seide, solange sie noch warm und geschmeidig ist, verwendet. Bei der Herstellung dieser Paraffin-Sublimatseide ist vor allem darauf zu achten, daß die Seide, bevor sie in das Paraffin kommt, absolut trocken ist, und daß sie sowohl in Sublimat wie in Paraffin nur ganz lose in wenigen Windungen auf Gaze aufgewickelt ist, damit die imprägnierenden Lösungen überall eindringen können.

Joachimsthal (Berlin).

Peter Bystrow, Über die angeborene Trichterbrust. (Arch. f. Orthopädie, Mechanotherapie und Unfallchirurgie. Bd. 6. Heft 1. S. 11.) Es handelt sich bei dem von B. in der Königsberger chirurgischen Universitätspoliklinik beobachteten Krankheitsfalle bei einem 13 jährigen Knaben um eine typische Trichterbrust mit einem etwas seitlich gelegenen Trichter, einer typischen Kyphose des Sternums, verbunden mit einer leichten Torsion nach rechts. Was den Fall eigentümlich gestaltet, das ist der Umstand, daß der Trichter sich nicht direkt nach oben in der medialen, oder, wie es bei den seitlich gelegenen Trichtern der Fall ist, nicht in einer der medialen parallel verlaufenden Linie fortsetzt, sondern schräg nach oben und rechts verläuft, und zwar so, daß wenn man den adduzierten und im Ellen-

bogengelenk flektierten rechten Arm des Patienten, bei stark in die Höhe gezogenem Schulterblatt, schräg über die Brust legte, der Oberarm sich in die eben beschriebene Rinne an der vorderen Fläche der rechten Thoraxfläche legte; der Ellbogen kam dabei in den Trichter selbst hinein und füllte dessen Konturen so aus, daß der Epicondylus medialis auf dessen tiefsten Punkt zu liegen kam, das Olekranon berührte die untere Grenze der Grube, und der Epicondylus lateralis lag vorne frei.

B. nimmt für seinen Fall an, daß die mechanischen Druckverhältnisse der verschiedenen Kindesteile im beengten Uterusraum bei der Entstehung der Deformität im Spiele gewesen sind.

Joachimsthal (Berlin).

Ferd. Schultze, Zur Behandlung des Klumpfußes. (Arch. f. Orthopädie, Mechanotherapie und Unfallchirurgie. Bd. 6. Heft 1. S. 33.) Nach Sch. soll beim Klumpfuß die Tenotomie der Achillessehne prinzipiell ausgeführt werden, da erst hierdurch die besten Verbindungen für den Ausgleich der Gleichgewichtsstörungen der Muskulatur gegeben sind. Die Behandlung des kindlichen Klumpfußes im ersten Lebensjahr muß nach vollendetem modellierenden Redressement durch festen Verband erfolgen; die Behandlung mit Bandagen nach Lange ist unsicher und zeitraubend und als Rückschritt zu bezeichnen. Eine Nachbehandlung des kindlichen Klumpfußes mit Bandagen ist überflüssig, wenn die Vollkorrektur gemacht ist. Der Decubitus ist zu befürchten bei mangelhafter Mobilisation, ferner bei zarten Kindern. 10—14 Tage nach der Korrektur ist der Verband zu wechseln, damit man sich davon überzeugen kann, ob es zur Vollkorrektur gekommen ist. Die Operation der Klumpfüße im 20., 30., 40. und in den späteren Lebensjahren ist nicht sehr gefährlich und nicht sehr schwierig. Die Korrektur Erwachsener im 2., 3., 4. und 5. Dezenium gelingt in kurzer Zeit durch das maschinell modellierende Redressement mit dem von Sch. angegebenen Osteoblasten. Die letztere beseitigt mit größter Schonung jeden Widerstand, welcher sich bei der Korrektur des Klumpfußes entgegenstellt. Das maschinell modellierende Redressement korrigiert auch die schwersten Formen in kurzer Zeit, mit größter Sicherheit und bestem Dauerresultat.

Joachimsthal (Berlin).

Peter Bade, Über das Zusammenwirken von Arzt und Schule in Krüppelheimen. (Arch. f. Orthopädie, Mechanotherapie und Unfallchirurgie. Bd. 6. Heft 1. S. 46.) Nach B.s Feststellungen über das Zusammenwirken von Arzt und Schule in Krüppelheimen ergibt sich, daß fast die Hälfte der jetzt bestehenden Krüppelheime (44%) dahin streben, Arzt und Schule gemeinsam in ihren Anstalten wirken zu lassen, daß aber auch der Krankenbestand in einem einzelnen Krüppelheim ein derartiger ist, daß die gemeinsame Arbeit zu empfehlen ist, weil 63% der Krüppel an Krankheiten leiden, für die gemeinsames Wirken förderlich ist. Die übrigen 37% jedoch sind entweder nur für die Schule (15,7%) oder nur für den Arzt (13,3%) geeignet, oder für beide nicht geeignet (7,95%). Also auch vom ärztlichen Standpunkte aus darf im Krüppelheim die Verbindung mit der Schule nicht gelöst werden.

Joachimsthal (Berlin).

L. Brieger und **M. Krause,** Neuer Beitrag zur Konzentrierung der Immunkörper im Diphtherieserum. (Aus dem Laboratorium der Hydrotherap. Anstalt Berlin.) (Berliner klin. Wochenschrift. 1907. Nr. 30.) Verff. konnten feststellen, daß man mit Kochsalz einen bedeutenden Niederschlag erhält, wenn man Serum, mit sterilem, destilliertem Wasser verdünnt oder auch unverdünnt, mit Kochsalz bei Zimmertemperatur übersättigt, und daß dieser Niederschlag keine Antikörper mit einschließt, noch enthält. Die Lösung der vorhandenen Antikörper hatte ihren vollen Schutzwert behalten. Diese Beobachtung benutzten sie zur Reinigung und Konzentrierung des Serums. Das Diphtherieserum wurde mit der gleichen Menge destillierten Wassers verdünnt, mit neutralem Ammoniumsulfat gefällt, der Niederschlag mit 10 % wässeriger Glyzerinlösung gelöst und mit überschüssigem Chlornatrium behandelt. Der entstandene Niederschlag wurde quantitativ von der Lösung getrennt und einzeln auf seinen Schutzwert geprüft. Der Niederschlag enthielt keine Antikörper. Dagegen hatte die Lösung den ursprünglichen Schutzwert. Durch die Lösung wurde nun Kohlensäure geleitet. Der entstandene Niederschlag wurde wieder abfiltriert und auf seinen Schutzwert geprüft. Die Prüfung ergab ein vollkommen negatives Resultat. Das Ausgangsmaterial war 225 faches Höchster Diphtherieserum. Die Prüfung ergab ein sehr gutes, positives Resultat; es waren nicht die geringsten Krankheitserscheinungen beobachtet worden. Von dieser Lösung wurde der Stickstoffgehalt bestimmt, ebenso wurde der Stickstoffgehalt des Ausgangsmaterials bestimmt. Es zeigte sich, daß durch die vorgenommenen Fällungen 75 % des Gesamtstickstoffs entfernt war, ohne daß eine Schädigung der Immunkörper festzustellen war. Durch weiteren Zusatz von verdünnter Ameisensäure zu dem Filtrat konnten noch Körper gefällt werden, die mit den Immunkörpern nicht in direktem Zusammenhange zu stehen scheinen, wie die biologische Prüfung ergab. Jedoch nicht nur die Verdünnung der Ameisensäurelösung, sondern auch die Menge der hinzugefügten Säure scheint von Wichtigkeit zu sein. Die Konzentration scheint am günstigsten zu sein, wenn man eine 1 % ige Säure unter Umrühren zutropfen läßt. Verff. versuchten auch das Diphtherieserum unter anderem durch Dialysieren zu reinigen und zu konzentrieren, jedoch haben sie hierbei keine gleichmäßigen Resultate erzielt. Ferner fanden sie, daß freie, verdünnte, chemisch reine Salzsäure auf Diphtherieserum keinen schädlichen Einfluß hatte, wie früher behauptet worden ist. Es wurde eine Säure angewendet, deren Chlorgehalt gleich dem der physiologischen Kochsalzlösung war, also ca. $^1/_6$ normal Salzsäure.

Grätzer.

F. Danziger, Über Vaccina generalisata. (Aus der Klinik für Hautkranke im städt. Krankenhause zu Frankfurt a. M.) (Münch. med. Wochenschrift. 1907. Nr. 32.) D. berichtet von 6 Fällen von Vaccina generalisata, welche gleichzeitig in der Klinik auftraten. Wie war diese Hausepidemie zu erklären? Manches sprach für eine „Eruption von innen heraus“. So wurde 5 mal Husten im Beginn der Erkrankung konstatiert, so daß es wahrscheinlich ist, daß bei der generalisierten Vakzine das Krankheitsgift, ebenso wie das für die Variola der Fall zu sein scheint, mit der Inspirationsluft eingeatmet wird. Gegen

eine Inokulation ließe sich anführen, daß in Fall I überhaupt keine Hauterkrankung vorhanden gewesen war und daß in Fall IV—VI die ersten Impfpusteln an Stellen auftraten, wo nie vorher ein Ekzem gesessen hatte, daß somit die Möglichkeit einer Inokulation recht gering war. Endlich schien hier eine besondere Virulenz des Impfstoffes vorzuliegen, da von dem ursprünglich geimpften Kinde zunächst drei Angehörige und von einer dieser indirekt geimpften Personen wieder fünf Kinder infiziert wurden. Das ist wohl ein weiterer Faktor zur Entstehung einer Vaccina generalisata.

Als etwas sehr Seltenes traten zweimal als Komplikation Lymphdrüsenabszesse auf, vielleicht auch ein Zeichen dafür, daß es sich um einen ganz besonders virulenten Impfstoff handelte. Grätzer.

E. Benjamin und **E. Sluka**, Über eine chronische, mit Ikterus einhergehende Erkrankung des Blutes. (Aus der k. k. Universitäts-Kinderklinik zu Wien.) (Berliner klin. Wochenschrift. 1907. Nr. 34.) Minkowski teilte 1900 die Krankengeschichten von fünf Mitgliedern einer Familie mit, bei denen er chronischen Ikterus, Milzvergrößerung und Urobilinurie beobachtet hatte. Vorher schon hatten französische Autoren ähnliche Symptomenbilder gesehen. Ferner beobachtete Bettmann einen Fall von angeborenem Ikterus mit mächtigem Milztumor und zeitweisem Auftreten von Hämoglobin im Blutserum, Kranhals bei drei Gliedern derselben Familie kongenitalen acholurischen Ikterus. Auch andere kamen und berichteten über ähnliche Fälle. In allen handelte es sich um teils angeborene, teils erworbene, meist familiäre Fälle von Ikterus, die immer mit Milztumor, manchmal mit Leberschwellung verbunden waren, den Patienten geringe Beschwerden machten, und deren Blutbild vielfach eine Verminderung der Erythrozyten aufwies. Die Anschauungen über das Krankheitsbild gingen auseinander; manche sahen in der Leber, andere im hämatopoëtischen System den ätiologischen Faktor. Zur Klärung der Frage trägt die jetzige Mitteilung aus der Escherichschen Klinik wesentlich bei, welche drei Familienmitglieder, Großvater, Vater und Kind betrifft. Die Fälle machten entschieden den Eindruck, daß sie in dieselbe Gruppe gehören, wenn sie auch in mancher Beziehung voneinander abweichen.

Gemeinsam war ihnen der bei Großvater und Vater intensivere, bei dem Kinde leichtere Ikterus mit seinen Begleiterscheinungen: Dem Auftreten von Urobilin und Urobilinogen im Harn, dem Fehlen von Gallenfarbstoff und Hämatoporphyrin in diesem, den cholischen Stühlen und dem ikterischen Blutserum. Gemeinsam ferner die Chronizität, die von keinen Beschwerden im Bereiche des Magendarmkanals begleitet wurde, das Fehlen von kolikartigen Schmerzen in der Lebergegend und das ungestörte Allgemeinbefinden. Weitgehende Analogien fanden sich auch im Blutbilde. Zunächst war die Zahl der Roten bedeutend herabgesetzt, während der Hämoglobingehalt der einzelnen Erythrozyten eher übernormal erschien; die Größe der einzelnen Erythrozyten differierte sehr erheblich, auch Poikilozytose war zu sehen, Erscheinungen, die alle beim Kinde am deutlichsten ausgesprochen waren. Besonders prägte sich darin aus, daß unreife

Elemente, kernhaltige Rote, teils Normo- teils Megaloblasten beim Kinde in größter Menge, beim Vater weniger, gar nicht beim Großvater ausgeschwemmt wurden. Es steht das wohl damit im Zusammenhange, daß der jugendliche Organismus bei seinem gesteigerten Wachstumsverbrauch durch regeren Nachschub von neuen Elementen seine Bilanz aufrecht erhalten muß und daher auf den gleichen Reiz mit einer Ausschwemmung pathologischer Elemente antwortet, während der Erwachsene mit Ausschwemmung der ihm zur Verfügung stehenden Reserven den Bedarf decken kann. Ähnliche Verhältnisse fanden sich bei den Leukozyten. Bei ziemlich erheblicher Leukopenie in allen 3 Fällen bei sonst annähernd gleichem Blutbild beim Kind 70%, beim Vater 5%, beim Großvater 1% Myelozyten.

Aber es bestanden auch in wesentlichen Punkten Differenzen. Das Kind machte einen recht kranken Eindruck, der Vater sah auch krank aus, fühlte sich aber wohl, der Großvater macht gar keinen kranken Eindruck. Bei letzterem keine Milzschwellung, während beim Kinde diese im 3. Monate, beim Vater schon im 6. Lebensjahre gewaltige Dimensionen erreichte.

Trotzdem ist in allen 3 Fällen wohl das gleiche Leiden vorliegend, das man wohl sicher mit dem hämatopoëtischen System in Verbindung bringen muß, da von seiten der Leber so gut wie gar keine Erscheinungen hervortreten. Entweder handelt es sich um eine Bildungsanomalie des hämatopoëtischen Systems oder um eine unbekannte Noxe, die zerstörend auf die roten Blutkörperchen einwirkt und so zu den übrigen pathologischen Veränderungen führt. Der Ikterus ist als Folge des gesteigerten Zugrundegehens der Erythrozyten anzusehen, ebenso der Milztumor, der bei Vater und Kind, bei denen das Leiden kongenital auftrat, zur Ausbildung kam, während es bei dem im späteren Alter betroffenen Großvater ausblieb. Es ist ja bekannt, daß die Milz des kindlichen Organismus viel prompter auf pathologische Reize reagiert, als die des Erwachsenen; der gleiche Reiz, der bei Tochter und Vater in früher Kindheit die Milz traf und sie mächtig aufschwellen ließ, führte beim Großvater, bei dem das Leiden erst im 25. Lebensjahre auftrat, zu keiner Anschwellung. Grätzer.

G. Schuhmacher, Schwere, unter dem Bilde der Diphtherie verlaufene Streptokokkenkonjunktivitis nach Masern. (Aus der kgl. Univers.-Augenklinik zu Kiel.) (Münch. med. Wochenschrift. 1907. Nr. 38.) Der Fall betraf ein 2jähriges Kind und bot, allein durch den Streptococcus pyogenes hervorgebracht, klinisch durchaus das typische Bild der Diphtherie der Konjunktiven dar. Es bestand auch eine Komplikation des Mittelohrs und eine Impetigo contagiosa der Haut, und wenn auch bakteriologisch der Nachweis einer ätiologisch gleichartigen Erkrankung nicht erbracht wurde, so ließ doch die Anamnese den Rückschluß auf einen Zusammenhang berechtigt erscheinen. Ein Zusammenhang zwischen Impetigo und Konjunktivitis ist nach Axenfeld nicht so selten. Auffallend war das trockene gangränöse Aussehen der Conjunctiva bulbi, die gewöhnlich bei ähnlichen Fällen chemotisch befunden wurde. Die erfolgte Zerstörung der Kornea findet aus diesem Befunde ihre Erklärung:

infolge des Abschlusses der Hornhautrandgefäße wurde den Streptokokken in ähnlicher Weise Gelegenheit zum Eindringen gegeben, wie es bei den Mischinfektionen mit Löfflerbazillen der Fall ist, wo die Toxine das Epithel und das Stroma der Hornhaut vorher schädigen sollen. Bei den in der Literatur beschriebenen Fällen trat gewöhnlich am dritten oder vierten Krankheitstage eine Trübung der Kornea ein; im vorliegenden Falle fand sich am sechsten Tage die Kornea diffus getrübt. Grätzer.

R. Otto (Straßburg), Zur Frage der Serumüberempfindlichkeit. (Aus dem kgl. Institut für experim. Therapie in Frankfurt a. M.) (Münch. med. Wochenschrift. 1907. Nr. 34.) O. stellte Untersuchungen an und kam zu folgenden Resultaten:

1. Durch die einmalige Vorbehandlung mit fremdartigem Serum wird der Organismus der vorbehandelten Meerschweinchen in der Weise umgestimmt, daß er auf die nach geeigneter Zeit erfolgende Reinjektion mit typischen, akut einsetzenden Krankheitserscheinungen reagiert.

2. Diese Krankheitserscheinungen lassen sich auch bei normalen Tieren beobachten, wenn sie mit dem Serum derartiger Tiere vorbehandelt werden.

3. Die durch die erste Injektion gesetzte „Überempfindlichkeit" kann durch bestimmte, im Körper vorhandene Reste des Antigens abgeschwächt oder ganz verhindert werden, so daß eine scheinbare „Unempfindlichkeit" resultiert. Die Dauer dieser Unempfindlichkeitsperiode ist abhängig von der Serumdosis bei der ersten Seruminjektion.

Grätzer.

M. Karehenke (Alpirsbach), Kasuistischer Beitrag zu den Oberschenkelluxationen. (Münch. med. Wochenschrift. 1907. Nr. 35.) Es handelte sich um einen 13jährigen Knaben, bei dem durch Fall auf die Füße von einem Baume (7 m) eine Luxatio sin. ischiadica zustande kam. Unter Ätherrausch (Verbrauch 40 g), der sich vorzüglich bewährte, erfolgte leicht die Reposition. Grätzer.

G. Frey, Hämolysiert die Frauenmilch? (Aus der Univers.-Kinderklinik in München.) (Münch. med. Wochenschrift. 1907. Nr. 36.) F. hat Versuche angestellt, um diese Frage zu beantworten, und kommt zu folgendem Resumé:

„Es scheint uns durch diese Versuche festgestellt, daß der Frauenmilch entgegen Cattaneos Angaben die Fähigkeit zur Hämolyse von Menschenblutkörperchen (im Sinne Bordets und Ehrlichs) nicht zukommt. Zu erwägen bleibt, ob die Hämolyse unter den angegebenen Bedingungen ausbleibt, weil die Frauenmilch weder geeignete Zwischenkörper noch Komplemente enthält, oder ob es ihr nur an einem der beiden wirksamen Faktoren fehlt, oder sie als Medium oder durch einen besonderen Bestandteil, etwa komplexe Antikomplemente, eine die Hämolyse hemmende Wirkung entfaltet."

Grätzer.

H. Strassner, Zur Frage der Entstehung der Lungentuberkulose. (Aus dem hygien. Universitätsinstitut zu Halle.)

(Münch. med. Wochenschrift. 1907. Nr. 36.) St. schildert die von ihm angestellten Versuche und schließt:

„Die Resultate meiner Versuche lassen sich also kurz dahin zusammenfassen, daß bei unter allen Kautelen vorgenommener Injektion von Tuberkelbazillen in den Magendarmkanal entgegen den Angaben Schlossmanns eine exquisit lymphogene Infektion der vom Darm abführenden Lymphwege und der Lymphdrüsen eintritt, und zwar ohne daß die Eintrittspforte, also die Darmwand, bleibende Veränderungen erleidet. Infektion des Peritoneums dagegen führt wahrscheinlich auf dem Wege der perforierenden Lymphgefäße des Zwerchfells zu metastatischer Ansiedelung von Tuberkelbazillen in der Lunge. Die Schlossmannschen Angaben dürften in der Mehrzahl der Fälle durch eine Infektion auf diesem Wege bedingt sein.“ Grätzer.

E. Hartog, Ungewöhnliche Entwickelungsdifferenzen von Zwillingen. (Aus der Univers.-Frauenklinik zu Breslau.) (Münch. med. Wochenschrift. 1907. Nr. 36.) Der eine Fötus war ca. 18 bis 20 cm lang und entsprach somit dem 4.—5. Monat, während der zweite nur eine Länge von 3—4 cm hatte und daher dem 2. Fötalmonat entsprach. Der zweite, der sich in einem völlig unversehrten Ei befand und nicht die geringsten Spuren von Mazeration aufwies, wurde ungefähr eine halbe Stunde nach dem ersten geboren.

Ungleiche Entwickelung bei Zwillingen wird häufiger beobachtet; selten freilich in dem Maße wie hier. Es handelte sich aber auch hier nur um eine ungewöhnliche Entwickelungsdifferenz; beide Eier entstammen derselben Ovulationsperiode und Konzeption.

Die Hypothesen der Superfoetatio und Superfoecundatio, die keinen genügenden oder besser gesagt absolut keinen Aufschluß geben über die Größen- und Entwickelungsdifferenzen von Zwillingen, hat man daher heute verlassen und nimmt zur Erklärung dieser letzteren einen rein örtlichen Grund an, indem nämlich die eine Frucht die Entwickelung der anderen behindert. Es mag dieses dadurch bedingt sein, daß das eine Ei sich an einer Stelle des Uterus inseriert, die ihm bessere Bedingungen zum Wachstum bietet und es gegen den Druck des anderen besser schützt, während das andere unter ungünstigeren Verhältnissen heranreift, indem es z. B. an einer Tubenecke sich inseriert hat. Grätzer.

A. Weber, Über einen Fall von primärer Mundtuberkulose durch Infektion mit Perlsuchtbazillen. (Aus der medizin. Klinik zu Gießen.) (Münch. med. Wochenschrift. 1907. Nr. 36.) Eine 29jährige Frau hatte in den letzten 2 Jahren Milch bezogen, die von einer Kuh stammte, welche jetzt bei der Schlachtung als vollkommen tuberkulös befunden wurde. Sie bekam eine tuberkulöse Affektion zuerst am Mundwinkel, die sich dann weiter nach unten verbreitete. Aus einer exstirpierten Halsdrüse der Patientin wurde der Rindertuberkelbazillus gezüchtet. Es handelte sich da wohl zweifellos um primäre Tuberkulose der Mundschleimhaut durch Genuß perlsuchtbazillenhaltiger Milch.

Patientin stammt aus gesunder Familie, auch ihr Mann und zwei Kinder sind gesund. Diese tranken jene Milch nur in gekochtem Zustande, während Patientin sie ab und zu roh kostete.

Es wurde noch eruiert, daß ein Enkelkind des Besitzers der tuberkulösen Kuh an Meningitis tuberculosa starb und daß gleichzeitig eine Gravida an Mundtuberkulose erkrankte. Grätzer.

H. Rehn, Weiterer Beitrag zur Kenntnis der Barlowschen Krankheit. (Medizin. Klinik. 1907. Nr. 30.) R. stellt folgende Sätze auf:

1. Der von E. Fränkel (Hamburg) als für die Barlowsche Krankheit charakteristisch bezeichnete Röntgenbefund — tiefer Schatten an der Knochen-Knorpelgrenze der Röhrenknochen — findet sich schon in einer Epoche der künstlichen Ernährung, wo alle klassischen Zeichen der Barlowschen Krankheit fehlen.

2. Dieser Befund ermöglicht allein die Frühdiagnose, wenn Lues cong. auszuschließen ist, und ist von unschätzbarem Wert für die Behandlung, insofern es gelingt, durch sofortige Änderung der Entwickelung der hämorrhagischen Diathese, welche im wesentlichen den Morbus Barlow klinisch und pathologisch-anatomisch charakterisiert, vorzubeugen.

3. Als Frühformen haben alle Fälle zu gelten, welche die bisher sogenannten Prodromalsymptome, d. h. Widerwillen gegen die Nahrung, Erbrechen, Schlaflosigkeit und Gewichtsstillstand aufweisen.

4. Es muß daher für jeden Fall künstlicher Ernährung die fortlaufende Kontrolle durch die Röntgenuntersuchung, wo Gelegenheit dazu gegeben ist, gefordert werden.

5. Es ist endlich dringend wünschenswert, daß zukünftig bei Sektionen dem Verhalten der Knochen-Knorpelgrenze, besonders an den Prädilektionsstellen der Rippen und Unterextremitäten — bei allen künstlich ernährten Kindern eine besondere Aufmerksamkeit zugewendet werde. Grätzer.

Ehrmann, Zur Kasuistik der Vaginalatresie und ihrer Begleiterscheinungen. (Therap. Monatshefte. August 1907.) Es handelte sich um einen enorm großen Hämatocolpos — es wurden etwa 4 Liter schokoladenfarbige Flüssigkeit durch Einschnitt entleert — bei einer noch recht jugendlichen ($14^1/_2$ Jahre alt!) Patientin.

Grätzer.

Levi (Stuttgart), Über Conjunctivitis catarrhalis. (Mediz. Korresp.-Blatt. 1907. Nr. 35.) Eine, auch in Stuttgart häufige, Kinder bevorzugende Form der Konjunktivitis ist die durch Pneumokokken bedingte. Sie tritt gern in kleinen Epidemien, besonders Hausepidemien auf, führt kaum zu eitriger Sekretion, sondern nur zur Absonderung von Schleim und wässeriger Flüssigkeit und klingt in wenigen Tagen ab. Es können sich diphtherieähnliche Pseudomembranen bilden, und der Abfall der Entzündung tritt manchmal direkt als Krise auf. Die Behandlung kann sich auf Borumschläge und Waschungen beschränken. Ganz eigentümlich ist, daß die Kornea so gut wie nie ergriffen wird, obwohl bekanntlich das Ulcus serpens corneae fast stets

auf Pneumokokkeninfektion aus dem Tränensack beruht. Anscheinend ist die Virulenz der Pneumokokken durch den Aufenthalt im Tränensack eine ganz andere geworden. Auch fehlt bei der Konjunktivitis der Oberflächendefekt der Kornea, ohne den die Pneumokokken nicht eindringen können.

Sommer (Mayen).

Rudolf Pfister, Statistische Beiträge zur Frage nach der Verbreitung und Ätiologie der Rachitis, (Virchows Archiv. Bd. 186. Heft 1.) P. hat an der Hand der offiziellen allgemeinen Statistik der Todesursachen sämtlicher Gemeinden des Königreichs Italien den Versuch unternommen, ob sich auf Grund dieser Angaben, für ein relativ einheitliches Material also, in einem Lande mit den verschiedensten Klimaten, ein Einblick in die Verbreitung und Ätiologie der Rachitis finden läßt. — Zunächst muß hervorgehoben werden, daß P. mit großer Kritik der Verwertbarkeit seines statistischen Materials gegenübersteht, und daß er die unvermeidbaren Fehlerquellen nach Möglichkeit durch große Zahlen auszugleichen bestrebt ist. Die Resultate sind zum Teil recht überraschende und von den gewöhnlichen Beobachtungen abweichende. Aus allen Teilen des Landes wurden Todesfälle an Rachitis berichtet, wobei unter Rachitistodesfällen in der Hauptsache die aufgeführt sind, die nicht auf eine interkurrente Erkrankung — Bronchitis, Pneumonie, Enteritis usw. — zu beziehen sind. Es ergaben sich für die einzelnen Provinzen zum Teil sehr erhebliche Unterschiede, die mit dem Klima und der Bevölkerungsdichte nicht in Zusammenhang gebracht werden konnten; ja es fand sich, daß Rachitistodesfälle in den städtischen Bezirken mit größerer Bevölkerungsdichte geringer sind, als in anderen klimatisch bevorzugten Gegenden. Ein deutlicher Einfluß der Tuberkulose ließ sich nicht nachweisen. P. kommt hier zu dem Resultate, daß die Möglichkeit nicht auszuschließen ist, daß Tuberkulose und Rachitis sich hier und da bedingen, oder der Effekt einer und derselben Ursache sein könnten. Syphilis und Malaria haben scheinbar keinen großen Einfluß auf die Rachitishäufigkeit; diese läßt sich bis zu einem gewissen Grade nur für das Potatorium — Delirium — nachweisen. — Wenn auch die Ausführungen P.s vielfach nicht recht beweisend sind, so ist doch die Art der Verwertung des statistischen Materiales, das durch zahlreiche, übersichtliche Karten gut illustriert wird, beachtenswert.

Bennecke (Jena).

Bernhard Fischer, Über ein malignes Chordom der Schädel-Rückgratshöhle (mit einem Beitrag von Steiner). (Zieglers Beiträge. 1907. Bd. 40. Heft 1. S. 109.) Der bei einem 16 jährigen Gymnasiasten beobachtete Tumor machte die Erscheinungen einer Neubildung im oberen Halsmarke mit einer Metastase im Gehirn. Der Tod trat ganz plötzlich ein. Bei der Sektion, die äußerer Umstände halber nur unvollständig ausgeführt werden konnte, schien es sich um einen vom Periost des Proc. odontoides des zweiten Halswirbels ausgehenden Tumor zu handeln, der bis weit in den Hinterhauptsteil des Gehirns reichte, entsprechende Veränderungen an Gehirn und Rückenmark machte und für ein Chondrofibrom gehalten wurde. Die später vorgenommene mikroskopische Untersuchung durch

F. deckte die wahre Natur der Geschwulst auf, deren Bau und zellige Bestandteile an guten Abbildungen besprochen werden. Teils zeigte die Geschwulst den typischen Bau der Chordome, teils wies sie infiltrierendes Wachstum mit Einbruch der Tumorzellen in Venen auf. Sie ist bemerkenswert durch ihre Größe und das Fehlen des sonst stets vorhandenen Stieles. Im Ausgang von der Synchondrosis sphenooccipitalis ist auch in diesem Falle wahrscheinlich, doch kann die theoretisch denkbare Möglichkeit, daß sie entsprechend dem makroskopischen Befunde von der Halswirbelsäule aus sich entwickelt hat, nicht ganz von der Hand gewiesen werden. — Der vorliegende Fall ist der erste seiner Art.

Bennecke (Jena).

Emil Raimann, Die Behandlung des geistig Minderwertigen. (Jahrb. f. Psychiatrie. Bd. XXVIII. Heft 1.) Verf. bespricht zunächst die Schwierigkeiten der Definition und Abgrenzung der Minderwertigkeit, welcher als psychopathischer Zustand in den Wirkungskreis des Arztes fällt. Prophylaktisch und therapeutisch sind wichtige und ersprießliche Aufgaben zu erfüllen. Besondere Wichtigkeit für die gesamte Öffentlichkeit haben die kriminellen Elemente unter den Minderwertigen. Die Fürsorge für die jugendlichen Kandidaten des Gewohnheitsverbrechertums, für die verwahrloste Jugend im allgemeinen muß zunächst verbessert werden. Vielfach vorbildlich ist die englische und amerikanische Kriminalpolitik. Verf. verlangt keine Strafe, wohl aber Behandlung des jugendlichen Minderwertigen in den zu reformierenden Besserungsanstalten nach psychiatrisch-pädagogischen Prinzipien. Verf. verlangt schließlich eine Einengung des Begriffes der Minderwertigkeit in der forensischen Praxis, bis er sich mit dem des „geisteskranken Verbrechers" deckt; die Individuen sind als unzurechnungsfähig nicht zu bestrafen, wohl aber durch richterlichen Spruch einer Zwischenanstalt auf unbestimmte Zeit zuzuweisen und dort ihrer Eigenart entsprechend zu behandeln. Durch diesen Kompromißvorschlag glaubt Verf. speziell für die zwischen Irren- und Strafanstalt hin und her pendelnden Fälle bestens vorgesorgt und die Kontroversen zwischen den Psychiatern einerseits, einer der beiden Prozeßparteien andererseits ihrer Schärfe beraubt zu haben zum Vorteile der Rechtspflege wie des Publikums.

Kurt Mendel (Berlin).

Richter, Über eine neue Parazentesennadel. (Monatsschrift f. Ohrenheilk. 1907. Heft 1.) Eine Parazentesenadel mit dreikantiger Spitze anstatt des bisher üblichen Lanzenmessers. Die Vorzüge sollen sein größere Schnelligkeit und Gefahrlosigkeit(?), außerdem soll die dreieckige Perforationsöffnung einen besseren Abfluß zulassen, wie eine schlitzförmige Öffnung, und nicht so leicht verkleben.

A. Sonntag.

B) Aus ausländischen Zeitschriften.

W. Pexa, Heilung eines traumatischen Tetanus bei einem Kinde durch Serumbehandlung und infantiler Pseudotetanus. (Aus der Kinderklinik von Prof. Pešina in Prag.) (Wiener med. Wochenschrift. 1907. Nr. 33.) P. resümiert sich wie folgt:

I. Das Tetanusantitoxin wirkt prophylaktisch mit absoluter Sicherheit.

II. Bei der Beurteilung der Heilwirkung des Tetanusantitoxins muß man unterscheiden: den Tetanus der Erwachsenen, der Neugeborenen und des Kindesalters.

1. Beim Tetanus der Erwachsenen ist die Heilwirkung des Antitetanusserums noch strittig, wenigstens bei den gewöhnlichen Injektionsmethoden; vielleicht wird es erst durch Anwendung geeigneterer Injektionsmethoden gelingen, seine Heilwirkung zu steigern.

2. Auch beim Tetanus der Neugeborenen vermag sich die antitetanische Serotherapie nicht mit besonderen Erfolgen auszuweisen; nur existieren hier noch sehr wenige Beobachtungen.

3. Beim Tetanus des Kindesalters aber hat es den Anschein, daß sich die antitetanische Serotherapie eines Erfolges rühmen kann, und zwar schon bei subkutaner Anwendung des Serums. Es wird angegeben, daß die Mortalität des traumatischen Tetanus durch die Wirkung des Antitetanusserums bei Kindern auf 15—20% gesunken sei.

III. Um die Frage der Wirksamkeit der antitetanischen Serotherapie im Kindesalter endgültig lösen zu können, ist es notwendig, eine größere Menge genauer Angaben zu sammeln.

IV. Hierbei ist es notwendig, vom traumatischen Tetanus den infantilen Pseudotetanus sorgfältig zu trennen, der mit dem traumatischen Tetanus überhaupt in keinem Zusammenhange stehen dürfte, der stets eine gute Prognose gibt und stets auch ohne Anwendnng der antitetanischen Serotherapie in Heilung übergeht. Grätzer.

L. Ekstein (Oberhaid), Über eine schwere, mit Masern komplizierte Keuchhustenepidemie. (Prager med. Wochenschrift. 1907. Nr. 33.) Die Epidemie zeigte wieder, daß Masern eine recht gefährliche Komplikation des Keuchhustens sind. 25% der Kinder bekamen Bronchopneumonie mit schwerem, sehr hartnäckigem Verlauf. Sehr häufig war profuses Nasenbluten, das mit der Morbillenerkrankung auftrat, sowie starke Durchfälle. Grätzer.

P. E. Weil, L'hémostase chez les hémophiles. (Revue prat. d'obst. et de paediatrie. Mars 1907.) Es gibt zwei Arten von Hämophilie: eine akzidentelle oder vorübergehende und eine familiale oder angeborene. Die Blutuntersuchungen, welche der Verf. angestellt hat, haben gezeigt, daß auch in vitro diese beiden Blutsorten sich verschieden verhalten. Bei der akzidentellen Hämophilie ist das Blut dünnflüssig, es fließt rasch und lange durch die in eine Vene hineingestochene Hohlnadel, die Zellenmorphologie und die leukozytäre Formel sind normal, die Gerinnung ist verzögert (75 Min.), das Koagulum ist solid, das Serum reichlich. Bei der familialen Hämophilie ist das ausfließende Blut klebrig, der Ausfluß erfolgt langsam und dauert wenig, man findet eine konstante Leukopedese und ein Vorwiegen der Mononuklearen. Die Gerinnung ist außerordentlich lange verzögert ($2^1/_4$—9 Stunden), das Gerinnsel ist weiß, weich, flockig und das Serum weniger reichlich.

Merkwürdig ist der Einfluß von animalem oder humanem Serum auf die erwähnten Blutsorten. Fügt man von ersterem etwa 3 Tropfen zu einer Menge von 3 ccm hämophilem Blute hinzu, so wird die Gerinnfähigkeit gleich normal und geschieht in 5—10 Minuten.

Injiziert man bei Hämophilen 10—20 ccm von normalem Blute intravenös, oder 20—30 ccm subkutan, so kann man bereits am zweiten Tage feststellen, daß die Gerinnfähigkeit desselben eine normale geworden ist und es auch wochenlang so bleibt. Bei familialer Hämophilie ist der Einfluß ein weniger ausgeprägter, aber doch ein deutlicher. Auch profuse Blutungen bei Hämophilen konnten durch Einspritzung von normalem Serum, oder in Ermanglung eines solchen von antidiphtherischem, zum Stillstande gebracht werden. W. konnte feststellen, daß Blutserum auch lokale styptische Wirkung entfaltet. Alle diese Resultate erklärt er auf die Weise, daß durch das eingespritzte Blutserum dem Blute der Hämophilen die demselben fehlenden koagulierenden Substanzen zugeführt werden. Die Methode wäre also bei unstillbaren Blutungen zu empfehlen. E. Toff (Braila).

A. Broca (Paris), Calcul vénical chez un enfant de 4 ans. (Revue prat. d'obst. et de paed. Août 1907.) Blasensteine sind bei Kindern im allgemeinen eine seltene Erscheinung, doch gibt es gewisse Gegenden Rußlands und Indiens, wo dieselben häufig beobachtet werden. Das Stellen der Diagnose ist mitunter mit Schwierigkeiten verbunden, hauptsächlich darum, weil in vielen Fällen, solange keine Zystitis zur Entwicklung gelangt ist, der Stein sehr gut vertragen wird. Besteht aber eitrige Blasenentzündung, dann tritt dieselbe in den Vordergrund; die Kinder haben starke Schmerzen in der Blasengegend, schreien beim Urinieren, reiben und ziehen an den Genitalien, um schließlich nur wenige Tropfen eines trüben Harnes zu entleeren. Hierdurch zeigt die Krankheit eine gewisse Ähnlichkeit mit der tuberkulösen Zystitis, doch sind bei derselben die Schmerzen geringer und können im späteren Verlaufe der Krankheit auch ganz fehlen. Auch blutiger Harn, welcher bei Tuberkulose der Blase häufig zur Beobachtung gelangt, begleitet nur selten die kalkulöse Blasenentzündung.

Ein weiteres wichtiges Zeichen ist das Fühlen des Steines durch das Rektum, was viel leichter gelingt, als bei Erwachsenen, wegen der geringen Entwicklung der kindlichen Prostata. Man hat das Gefühl eines harten Körpers, welcher unter dem Finger weggleitet, oder bei stärkerer Entwicklung, auch bimanuell touchiert werden kann.

Oft findet man in der Anamnese von Kindern, welche an Blasenstein leiden. Zeichen, die auf das frühere Vorhandensein von Nierensteinen hindeuten. Es ist dann anzunehmen, daß der vorhandene Blasenstein aus der Niere eingewandert ist.

Bezüglich der Zusammensetzung kann gesagt werden, daß es sich bei Kindern, in der überwiegenden Mehrzahl der Fälle, um Oxalatsteine handelt, während bei Erwachsenen die Uratsteine vorherrschen. Infolgedessen sind auch die bei Kindern vorkommenden Steine sehr leicht durch die Röntgenuntersuchung zu finden, während bei Er-

wachsenen, infolge der Durchsichtigkeit der Uratsteine dies nicht immer der Fall ist.

In operativer Beziehung zieht der Verf. den hohen Blasenschnitt mit sofortiger Vereinigung der Blase durch fortlaufende Katgutnaht in zwei Etagen, Drainierung des prävesikalen Raumes und Verweilsonde für die ersten 3—4 Tage nach der Operation vor. E. Toff (Braila).

G. H. Lemoine (Paris), Auscultation du sommet du pouon chez les jeunes soldats. Anomalies respiratoires. (La presse médicale. 1907. Nr. 10.) Ausgehend von der Lehre Granchers, derzufolge eine fixe und persistierende, abnorme Inspiration an einer Lungenspitze ein Zeichen von beginnender Tuberkulose sei, hat L. eine größere Anzahl von Rekruten diesbezüglich untersucht und ist zu folgenden Schlüssen gelangt.

In auskultatorischer Beziehung sind sowohl die Supra- und Infraklavikulargruben, als auch die Achselhöhle wichtig und ist deren genaue Untersuchung anzuempfehlen. In normalem Zustande ist das Inspirationsgeräusch der rechten Lungenspitze stärker als das der linken, eine persistierende Abschwächung desselben muß also als verdächtig angesehen werden. Es gibt aber Fälle, die normale Inspiration der rechten Lungenspitze darbieten, welche aber eine rauhe und viel tiefere Inspiration der linken Seite haben. Bei anderen wieder ist außerdem auch das Exspirium unter dem Schlüsselbeine verlängert.

Wenn auch die jungen Leute, welche derartige Zeichen darbieten, nicht ohne weiteres vom Militärdienste zu befreien sind, so muß doch die bei der Inkorporierung festgestellte Atmungsanomalie verzeichnet und dieselben für die weitere Folge in genauer Beobachtung gehalten werden. Die Erfahrung lehrt, daß bei vielen das Militärleben gradezu günstig einwirkt, das Körpergewicht zunimmt und auch sonst keinerlei Krankheiten auftreten. Bei anderen wieder, namentlich bei solchen mit hereditärer Belastung, sind leichte Erkältungen oder Überanstrengungen genügend, um den Allgemeinzustand zu verschlimmern. Dies würde schon die Ausmusterung rechtfertigen und würde es nicht notwendig sein, das wirkliche Ausbrechen der Tuberkulose abzuwarten.

E. Toff (Braila).

G. A. Petrone et Aurelio Pagano (Naples), La fonction protectrice du foie contre les substances toxiques intestinales. Recherches expérimentales. (La presse médicale. 1907. Nr. 13.) Die Verff. haben experimentelle Untersuchungen angestellt, um die Rolle festzustellen, welche die Leber in der Bekämpfung der vom Darme aus in die Blutbahn eindringenden Toxine spielt. Zu diesem Behufe wurden bei Kaninchen Einspritzungen von wäßrigem Fäkalextrakte (hergestellt aus dem Darminhalte magen-darmkranker Kinder) in eine periphere Vene vorgenommen und gleichzeitig eine ebensolche Einspritzung in eine Mesenterialvene eines Kontrolltieres gemacht. In dem ersteren Falle war nur der antitoxische Einfluß des Blutes, in dem zweiten auch derjenige der Leber im Spiele. Es zeigte sich, daß jene Tiere, denen man die Einspritzungen in eine Mesenterialvene gemacht hatte, viel geringere Krankheitssymptome darboten, als die anderen.

Aus den Resultaten ihrer Untersuchungen, welche im Original näher nachgelesen werden sollten, ziehen die Verff. den Schluß, daß

die antitoxische Einwirkung der Leber gegenüber den Darmtoxinen eine unzweifelhafte ist. Es kann also nicht angenommen werden, wie dies von manchen Autoren behauptet wurde, daß diese Wirkung ausschließlich der Darmwand, bzw. dem Lymphsysteme derselben zugeschrieben werden muß, obwohl die Tätigkeit derselben nicht geleugnet werden kann. Eine weitere antitoxische Wirkung kommt dem Blutserum und den im Blute zirkulierenden Leukozyten zu.

E. Toff (Braila).

Marcel et Henri Labbé, Les dangers de la suralimentation habituelle. (La presse médicale. 1907. Nr. 14.) Die Verff. heben hervor, daß man im allgemeinen zuviel ißt, namentlich ist die Menge des Fleisches, welche angeführt wird, eine viel zu große. Hierdurch werden verschiedene krankhafte Erscheinungen bewirkt, wie Dyspepsie, Darm- und Lebererkrankungen, Fettsucht, Diabetes und Arthritismus. Eine Hauptregel für die Nahrungshygiene ist also, vor der gewöhnlichen Überernährung zu warnen. In dieser Beziehung muß schon den Kindern die nötige Belehrung erteilt werden. Man soll dieselben nicht zuviel stopfen und gefräßige Kinder an ein richtiges Maß der Nahrung gewöhnen. Auch heute ist der alte hippokratische Satz richtig, daß, um gesund zu sein, man immer bei Appetit bleiben muß. Auch die Anzahl und die Verteilung der Mahlzeiten muß geregelt werden. Die in England üblichen vier Mahlzeiten täglich sind vom hygienischen Standpunkte am meisten zu empfehlen. E. Toff (Braila).

A. Fallas, Einige Fälle von Stenose des äußeren Gehörganges. (Presse otolaryngologique Belge. 1907. Nr. 6.) Von den auf der Jahresversammlung der belgischen otologischen Gesellschaft (Juni 1907) von F. mitgeteilten Beobachtungen ist die erste darin erwähnenswert, daß sich in diesem Fall die nach ausgedehnter Resektion des knöchernen Gehörganges entstandene Stenose bloß unter dem Einfluß der Ruhe spontan in dem Maße zurückgebildet hatte, daß eine Inspiration der ganzen epidermisierten Operationshöhle wieder möglich war. Ende März 1905 war die Stenosierung eine nahezu vollständige. Danach entzog sich die Pat. der Beobachtung und ließ sich erst einige Tage vor dem Beginn der Jahresversammlung bei F. sehen, der auf eine völlige Gehörgangsstenose gefaßt war. Um so größer war sein Erstaunen über den spontanen Rückgang der Stenose, ein Vorgang, der, wie F. bemerkt, bereits einige Male beschrieben worden ist.

H. Netter (Pforzheim).

A. Fallas, Keloide des Ohrläppchens. (Presse otolaryngologique Belge. 1907. Nr. 6.) Die Vorstellung des jungen Mädchens geschah auf der Jahresversammlung der belgischen otologischen Gesellschaft im Juni 1907. F. erbat die Meinung des Auditoriums hinsichtlich der Zweckmäßigkeit einer elektrolytischen Behandlung, nachdem 25 Injektionen von Fibrolysin ohne den geringsten Effekt auf die immer wiederkehrenden Rezidive geblieben waren. Das Mädchen hatte in seiner Kindheit epileptische Anfälle gehabt. Man hatte ihm darum die Ohrläppchen durchstochen. Um die Stichöffnung herum entwickelten sich bald kleine, von gesunder Haut bedeckte, ganz schmerzlose Prominenzen, die ein Tragen von Ohrringen verhinderten.

Im 14. Jahre wurden auf ärztlichen Rat abermals ein Kanal durch die Knötchen gebohrt, die daraufhin ganz beträchtlich sich vergrößerten. 1905 wurden sie abgetragen, das Rezidiv ließ nicht lange auf sich warten und so wurde Februar 1906 ein neuer chirurgischer Eingriff vorgenommen. Im März 1907 stellte sich das Mädchen bei F. vor mit zwei haselnußgroßen, knorpelharten, höckerigen Tumoren der Ohrläppchen. Zu gewissen Zeiten sind diese Tumoren der Sitz eines heftigen Pruritus. H. Netter (Pforzheim).

G. E. Price, Ein ungewöhnliches Symptom der Chorea. (New York medical Journal. 27. April 1907.) Übermäßige Speichelabsonderung ist eine Erscheinung, die im Verlaufe verschiedener, mit ausgesprochen motorischen Störungen einhergehender Erkrankungen nicht selten angetroffen wird, z. B. bei der Lyssa und bei der Paralysis agitans. In den klassischen Beschreibungen der Chorea hat Verf. das genannte Phänomen nicht erwähnt gefunden und darum gibt er von drei solchen Fällen genauere Mitteilung. Zunächst von einem 12jährigen Knaben, der seit mehreren Monaten an einer schweren Chorea mit Beteiligung der Gesichtsmuskeln und Dysphagie erkrankt war, dem der Speichel beständig aus dem Mund floß. Unter geeigneter Behandlung ließen die choreatischen Bewegungen in etwa $1^1/_2$ Monaten nach und zugleich auch verschwand die Speichelabsonderung. Nach diesem ersten Fall hat Verf. dieses Symptom seitdem noch in zwei anderen Fällen von Chorea angetroffen, bei zwei jungen Mädchen, die beide ein systolisches Geräusch an der Herzspitze hatten. In allen drei Beobachtungen handelte es sich um ein Rezidiv schwerer Chorea. Das fragliche Phänomen scheint rein mechanischen Ursprungs zu sein, indem die Kontraktionen der Zunge und der Kaumuskeln eine Hyperfunktion der Speicheldrüsen hervorrufen. Während zugleich die Beteiligung der Zunge, der Kiefer, des Gaumensegels und des Pharynx an den choreatischen Bewegungen die Deglutition derart hindern, daß der Speichel beständig aus dem Munde fließt.

H. Netter (Pforzheim).

Irving S. Haynes, Angeborener Mangel des Wurmfortsatzes und eitrige Pelveoperitonitis bei einem Knaben. (American Journal of Surgery. 1907. Vol. XXI. Nr. 5, Mai. S. 149.) Ein 14jähriger Knabe erkrankte nach einem sportlichen Exzeß im Schlittenfahren (der besonders gebaute, eine steile Anhöhe hinuntersausende Schlitten warf den auf dem Bauch Liegenden erst 3—4 m in die Luft, bevor der Betreffende wieder auf den Schlitten zu liegen kam) an heftigen krampfartigen Leibschmerzen, Fieber und schwerem allgemeinem Kranksein. Beide Beine wurden gebeugt gehalten; Zeichen von Peritonitis, kein Erbrechen. Bei der Operation findet man keinen Appendix; an der Stelle des Organes findet sich eine kleine Fettmasse, $2^1/_2$ cm lang, ohne eine Spur von Darmstruktur, aber versehen mit einem kleinen besonderen Mesenterium mit einer kleinen Arterie. Die Nähe der Valvulva ileo-coecalis, die avaskuläre Trevessche Falte ließen keinen Zweifel an der Natur dieses Rudiments. In der Nachbarschaft desselben war die Coecalwand nahezu einen Zoll lang gerötet. Das Rudiment wurde abgetragen. Gegen die Mediallinie hin waren die Därme miteinander verklebt. Bei Lösung der Ver-

klebungen gelangte man in eine Höhle, aus der sich ca. 100 g dicken, fötiden Eiters entleerten. Drainage, Heilung. Diese Pelveoperitonitis war völlig unabhängig von der rechten Darmbeingrube. Verf. führt sie vielmehr auf eine Passage der Darmbakterien durch die Darmwand zurück, die durch den sportlichen Exzeß gequetscht worden war. Verf. weist auf das seltene Vorkommen eines fehlenden Wurmfortsatzes hin (von 6 Fällen sind 3 anatomische Befunde, 3 wurden gelegentlich der wegen supponierter Appendizitis vorgenommenen Operationen konstatiert) und zitiert einige dieser Beobachtungen.

H. Netter (Pforzheim).

Marshall, Hämaturie auf Natrium salicylicum in medizinaler Dosis. (Lancet. 2. Febr. 1907. Bd. I.) 10jähiges Mädchen wegen akutem Gelenkrheumatismus und Endokarditis in das Hospital aufgenommen. Je 4 Tage erhält die Kranke 75 cg Natr. salicylicum, mit 1,50 g Natr. bicarbonicum stündlich. Darauf stellen sich Delirien und Erbrechen ein. Man suspendiert Salizyl aus, das Delir verschwindet. Am 8. November Wiederbeginn der Schmerzen — in 2 Tagen erhält die Kranke 35 cg Natr. salicyl. 3mal täglich. Erbrechen ohne Delir, aber der Urin ist bluthaltig. Am 11. November Aussetzen des Salizyls. Bis zum 15. November ist die Hämaturie verschwunden und der Urin enthielt nunmehr weder Blut noch Eiweiß. Während der Hämaturie bestanden Schmerzen links, ähnlich denen einer Nierenkolik. Zugleich mit dem Aussetzen des Salizyls verschwanden die Schmerzen. Die Hämaturie war in diesem Falle nach sehr geringen Dosen Salizyl eingetreten. H. Netter (Pforzheim).

L. B. Rawling, A case of sarcoma of the scapula in a child aged 4 years, with potes on sarcome in the bones of young children in general. (Lancet. 9. Febr. 1907.) Im Anschluß an die Mitteilung eines eigenen Falles gibt Verf. eine tabellarische Übersicht über 23 Fälle von Knochensarkomen bei jungen Kindern, eine relativ seltene Erkrankung bei diesen. Heredität scheint keine große Rolle zu spielen, das Trauma aber, die Ausnahme als die Regel, das Alter unwesentlich. Knaben zeigen eine stärkere Disposition wie Mädchen (3 : 2), kein Teil des Knochensystems bleibt verschont von der primären sarkomatösen Invasion, aber gewisse Knochen zeigen eine besondere Reizung; unter diesen seien genannt die Schädelknochen, speziell der Frontal- und Orbitalregion, die Femurknochen, namentlich das untere Ende, die Skapula und der Oberkiefer. Alle histologischen Formen des Sarkoms kommen vor, die Rundzellenform ist die häufigste. Fast in allen Fällen sind die Tumoren hochgradig bösartig, die Nachbarschaft und die korrespondierenden Lymphdrüsen werden frühzeitig befallen. Metastasen sind gewöhnlich. Zirka die Hälfte der Fälle sind von vornherein inoperabel. H. Netter (Pforzheim).

A. Nazari, Die bronchiektatische Form der Masern-Bronchopneumonie und die chronische Bronchiektasie der Erwachsenen. (Il Policlinico. 1907. Sezione medica. Bd. XIV. Heft 5.) Im Verlaufe der Masern kann man zuweilen akute Dilatation der Bronchien und noch häufiger vielleicht Bronchopneumonien beobachten, die inmitten disseminierter Herde noch wenig entwickelte

bronchiale Erweiterungen zeigen, ohne daß letztere bereits zu besonderen klinischen Erscheinungen geführt hätten, deren Existenz vielmehr intra vitam völlig unerkannt geblieben war. Im allgemeinen handelt es sich in solchen Fällen um eine mehr oder weniger vollständige Zerstörung der Bronchialwand durch einen peribronchialen, miliaren Abszeß. N. gibt Beobachtungen wieder, bei denen fast sämtliche Bronchien bis zur Peripherie der Lunge stark erweitert waren; das in infolge der Wandzerstörung klaffende Lumen war mehr oder weniger von einer weißgrauen, mit den benachbarten, peribronchialen Herden kommunizierenden Masse angefüllt. Histologisch unterscheiden sich diese Fälle von den gewöhnlichen infantilen Bronchopneumonien durch die große Menge Fibrin, welche die Bronchialwände enthalten und durch die mehr oder minder vollständige Zerstörung dieser Wände, deren Muskel- und elastische Fasern unterbrochen oder von Leukozyten infiltriert sind. Diese akute bronchopneumonische Dilatation der Bronchien ist es, die zur Entstehung der chronischen Bronchiektasie der Erwachsenen den Anlaß gibt. Der präzise Nachweis dieses, von mehreren Autoren bereits betonten Zusammenhanges ist schwierig bei Personen, die, wie dies ziemlich oft der Fall ist, nahe an 50 sind. N. hatte Gelegenheit, 3 Kranke mit Bronchiektasie zu beobachten, von denen einer als tuberkulös betrachtet worden war. Diese Pat. gingen im Alter von 16, 25 und 28 Jahren an zunehmender Kachexie zugrunde, die verursacht war durch die Bronchiektasie; bei allen 3 gingen die ersten Symptome bis auf die Zeit zurück, wo eine durch Bronchopneumonie komplizierte Masernerkrankung überstanden worden war. Welches auch der intimere Mechanismus der progressiven, in langem Intervall auf die primäre Bronchopneumonie folgenden Bronchiektasie sein mag, es besteht nach N. gleichwohl ein enger Zusammenhang zwischen bronchiektatischer Form der akuten Masernbronchopneumonie und der gewöhnlichen Form der Bronchiektasie der Erwachsenen. H. Netter (Pforzheim).

Domingo Prat, Zwei Fälle von Akkommodationslähmung infolge von Karbolintoxikation bei zwei an Hydatidenzysten der Leber operierten Kindern. (Archivos latino-americanos de pediatria. Februar 1907.) Im ersten Fall handelt es sich um ein 10jähriges Kind. Wenige Tage nach der Operation kam es zu einem Erysipel der Wunde, der Boden der letzteren bedeckte sich mit einem dicken, grauen Exsudat. Da Irrigationen mit Wasserstoffsuperoxyd das Aussehen der Wunde nicht besserten, wurden Karbolspülungen gemacht, erst 2 %, dann 1 %. Die lokalen Erscheinungen verschwanden nach und nach, aber im Laufe der Behandlung klagte das Kind eines Tages über Schmerzen in den Augen und über schlechteres Sehen; beim Lesen trübte sich der Blick und die Schriftzeichen wurden verschwommen, näherliegende Gegenstände konnten nach Betrachten weiter entfernt liegender nicht erkannt werden. Ein Ophthalmologe konstatierte schließlich eine Akkommodationslähmung. Hierauf wurden die Spülungen mit Karbol, die bereits ca. 2 Monate hindurch fortgesetzt worden waren, aufgegeben. 3 Wochen später war die Lähmung geheilt. Der zweite, ein 6 jähriges Kind betreffende Fall gleicht dem ersten nahezu völlig. Hier kam es zu einer sehr raschen Heilung der

Akkommodationslähmung, nur wurde hier die Rekonvaleszenz durch die Bildung einer pulmonären Hydatidenzyste unterbrochen, die durch Erbrechen zur Entleerung kam. H. Netter (Pforzheim).

E. Páncrél, Zwei Fälle von diphtherischer Paralyse mit Heilserum geheilt. (Orvosi Hetilap. 1907. Nr. 10.) Beide zeigten schwere Symptome der diphtherischen Lähmung, besonders eines der Kinder, bei dem eine totale Schlundlähmung, Paralyse der Abducentes, Accessorii und Faciales und später Atonie fast sämtlicher Muskeln eintrat. Nach 2 maliger Anwendung von je 6000 Einheiten des Preiszschen Serums trat schnelle und konstante Besserung ein.
Ernö Deutsch (Budapest).

A. Doctor, Ammenvermittlung durch Ärzte und Institute. (Gyògyàscat. 1907. Nr. 10.) Das Ammenwesen ist eine Sünde vom sozialen und moralischen Standpunkte gegen die Kleinen des Proletariates. Es ist verwerflich, wenn der Arzt dem Säugling des Reichen eine Amme empfiehlt, ohne für das Kind der Amme zu sorgen. Wenn eine Amme nötig ist, nehme man eine Frau, die zwei Kinder zu säugen vermag, samt ihrem eigenen Säugling ins Haus.
Ernö Deutsch (Budapest).

Lezin, Beitrag zur Hämophilie. (Russkij Wracz. 1906. Nr. 52.) Nach Anführung diesbezüglicher Ansichten Virchows, Birch-Hirschfelds, Eichhorst, Landois und anderer Forscher kommt Verf. zum Schlusse, daß die Hämophilie eine Erkrankung des Blutes darstellt, auf dem Verluste oder starken Verminderung der Gerinnungsfähigkeit basierend, und daß die Veränderungen der Blutgefäße erst sekundärer Natur sind. Die Wunden der Bluter haben ein charakteristisches Gepräge, sie sind blaßblau verfärbt, ödematös geschwollen, ohne Blutgerinnsel. Gabel.

Ponomareff, Winckelmanns radikale Hydrocelenoperation. (Russkij Wracz. 1907. Nr. 2.) Nach Erfahrungen, die Verf. an 20 — modo Winckelmann — operierten Fällen gesammelt hat, werden folgende Schlüsse gezogen:

Die Operation ist angezeigt

1. bei nicht allzu großen, den Processus vaginalis nicht einnehmenden Hydrocelen, welche dadurch eine Eiform besitzen, und nicht zylinderförmig sind, denn letzterenfalls kann nach Hodenluxation leicht ein mit nicht umgestülpter Tunica serosa bekleideter Divertikel zu einem Rezidiv Anlaß geben;

2. bei Fehlen in der Tunica serosa oder des umgebenden Zellgewebes eines Hindernisses beim Umstülpen;

3. bei jungen Personen. Gabel.

Finkelstein, Ileus hervorgerufen durch Anwesenheit des Meckelschen Divertikels. (Russkij Wracz. 1907. Nr. 1.) Im ersten Fall geschah die Inkarzeration in einer künstlichen Offnung, die durch das Anwachsen des 10 cm langen Divertikels an das Mesenterium gebildet wurde; die Inkarzeration dauerte 3 Tage, die Schlinge war nekrotisch, der Exitus erfolgte 2 Stunden nach der Operation. Im zweiten Fall war das 8 cm lange Divertikel an die vordere

Bauchwand angewachsen; um dieses Schnürchen wickelte sich eine Dünndarmschlinge; bei der Operation wurde zwischen zwei Klemmen das Schnürchen durchtrennt, die Strangulation gelöst. Vollkommene Heilung.

Gabel.

van Loghem, Die ätiologische Diagnostik von Typhus und Paratyphus. (Nederl. Tyschr. v. Geneeskunde. 1907. Bd. I. S. 188.) Weil diese beiden Erkrankungen in ihren klinischen Erscheinungen, dem anatomischen Befunde, dem Krankheitsverlauf und in der Therapie keine wesentlichen Unterschiede ergeben, ist für den Kliniker und praktischen Arzt eine ätiologische differentielle Diagnostik von keiner praktischen Bedeutung.

Ganz anders gestaltet sich die Sache für den Epidemiologen, der bei einer eventuellen Epidemie nach den Brunnen der Infektion fahndet, und wozu eine ätiologische Diagnostik nötig ist.

v. L. hat sich nun die Frage gestellt, ob in Holland Fälle von Paratyphus oft genug vorkommen, um bei eventueller Typhusepidemie auch mit der Möglichkeit eines Paratyphus rechnen zu müssen.

In den 15 darauf untersuchten Typhusfällen konnte im Blute 6 mal der Typhusbazillus und 3 mal der Paratyphusbazillus gezüchtet werden. Er fand weiter, daß die ätiologische Differentialdiagnostik zwischen Typhus und Paratyphus, die Agglutinationsversuche nicht nur des Typhusbazillus, sondern auch anverwandter Mikroben agglutiniert werden. Für die Agglutinationsversuche erwies sich Fickers Reagens als sehr empfehlenswert, weil die Erfolge mit ihm oft besser waren als mit lebenden Bazillen.

Graanboom.

Henkes, Blutstillung nach Tonsillotomie. (Ned. Tydschr. v. Geneeskunde. 1907. Bd. I. S. 265.) Bei hartnäckiger Blutung nach Tonsillotomie macht H. mit gutem Erfolg Gebrauch von Agraffen (Fabrikant Schmeink in Amsterdam), die er für diesen Zweck hat machen lassen. Diese Agraffen sind etwas größer als die in der Chirurgie allgemein gebräuchlichen. Sie werden mit Hilfe eines speziellen Forceps so eingebracht, daß vordere und hintere Gaumenbögen zusammengeheftet werden. Durch eine andere, auch für diesen Zweck speziell konstruierte Zange, werden die Agraffen bequem entfernt.

Graanboom.

Steensma, Untersuchung von Fäzes auf Urobilin. (Ned. Tydschr. v. Geneeskunde. 1907. Bd. I. S. 275.) S. gibt eine einfache Methode an, um Urobilin und Urobilinogen in Fäzes zu konstatieren.

Man verreibt in einem kleinen Mörser ein wenig der Fäzes mit absolutem Alkohol. Diese Mischung wird filtriert und dem Filtrate ein paar Tropfen einer wäßrigen (10%igen) Chlorzinklösung zugesetzt. Eine auftretende Fluoreszenz weist auf anwesendes Urobilin hin, welches weiter noch spektroskopisch festgestellt werden kann. Tritt die Fluoreszenz nicht auf, dann werden einige Tropfen Tinct. Jodi (ein Tropfen pro 10 ccm Flüssigkeit) zugesetzt, um das Urobilinogen in Urobilin umzusetzen.

Mit dieser Methode hat sich nun ergeben, daß in den ganz frischen Fäzes niemals Urobilin vorkommt, aber wohl das Urobilinogen. Sobald aber die Fäzes, oder ihr alkoholisches Extrakt einige

Stunden stehengeblieben sind, ist aus dem Urobilinogen das Urobilin entstanden und nachzuweisen.

Die normale Farbe der Fäzes darf also nicht, oder wenigstens nicht hauptsächlich, dem Urobilin zugeschrieben werden. Graanboom.

van Stockum, Ein Fall von Echinococcus der Lunge. (Ned. Tydschr. v. Geneesk. 1906. Bd. II. S. 738.) S. beschreibt einen Fall von Echinococcus der Lunge bei einem Mädchen von 14 Jahren.

Physische Erscheinungen von rechtsseitigem Pneumothorax. Herz nach links disloziert. Die Probepunktion ergab seröse Flüssigkeit. Es wurden dann an der Hinterseite 300 ccm seropurulente Flüssigkeit abgezapft.

Eine zweite Aspiration an der Vorderseite ergab 1500 ccm seröse Flüssigkeit, in welcher Scolices von Taenia echinococcus gefunden und somit die Diagnose sichergestellt wurde.

Bei der Operation nach Posadas fand sich ein Echinococcus in dem Mittellappen der rechten Lunge. Nach 3 Monaten wurde das Mädchen völlig hergestellt entlassen. Graanboom.

Cornelia de Lange, Beitrag zur Kenntnis der sublingualen Produktion. (Ned. Tydschr. v. Geneesk. 1906. Bd. II. S. 1164.) L. kommt, auf Grund von zwei Beobachtungen an Amsterdamer Säuglingen, zu dem Resultat, daß die sublinguale Produktion nicht eine Rassenkrankheit ist, wie dies von anderer Seite behauptet worden ist.

In einem der beiden Fälle wurde der Tumor behufs mikroskopischer Untersuchung exzidiert, und diese ergab, daß das Geschwülstchen aus Epithel und Bindegewebe bestand. Es war Pflasterepithel, überall hypertrophisch, mit Ausläufern im Bindegewebe. Dieses war sehr reich an Spindelzellen. Es bestand keine Koagulationsnekrose, und es wurden kleine Schleimdrüsen gefunden.

L. ist der Meinung, daß der Namen Fibrom, durch Callari und Philipson der Geschwulst gegeben, nicht richtig ist, und daß der Name „sublinguale Produktion" vorzuziehen ist. Graanboom.

III. Aus Vereinen und Versammlungen.

Verein rheinisch-westfälischer Augenärzte.

Sitzung vom 16. Juni 1907 in Bonn.

Hummelsheim (Bonn) sprach zum Schluß der Versammlung über die **diagnostische Bedeutung der Augensymptome bei Morbus Barlowii.**

Innerhalb kurzer Zeit wurden ihm vier kleine Kinder in die Sprechstunde gebracht, bei denen die Erscheinungen seitens der Augen, nämlich ein- bzw. doppelseitiger Exophthalmus mit Suffusion der Lider, so sehr das Krankheitsbild beherrschten, daß von seiten der Eltern lediglich eine Augenerkrankung angenommen wurde, die vermutungsweise auf eine unbeachtete Verletzung der Umgebung der Augen zurückgeführt wurde.

H. konnte bei den Kindern eine allgemeine Ernährungsstörung nachweisen mit den typischen Symptomen der Barlowschen Krankheit. Alle vier Kinder erhielten ihre Milch aus der Bonner städtischen Säuglingsmilchanstalt, wo die Milch zehn Minuten in Wasserdampf von 120° erhitzt worden war. — Zu gleicher Zeit wurden in der Universitäts-Kinderpoliklinik sechs weitere Fälle von Morbus Barlowii behandelt, die aus derselben Quelle ernährt wurden, mit den für Barlow charakteristischen Symptomen, jedoch ohne Augenerscheinungen.

Nach wesentlicher Reduzierung des Hitzegrades bei der Sterilisation und Änderung der Diät trat bei allen bald Heilung ein

H. betont mit Recht, daß die Lehrbücher der Kinderheilkunde die genannten Augenveränderungen wohl angeben, aber nicht unter den für die Diagnose wichtigen Symptomen.

Hierzu möchte ich noch aus der seinerzeit an den Vortrag Heubner in der Berliner mediz. Gesellschaft im März 1903 sich anschließenden Diskussion folgendes herausgreifen: Als ein Lieblingssitz für die subperiostalen Blutungen wird auch die Orbita bezeichnet, wo die Blutung das sehr markante Symptom der Barlowschen Krankheit, den Exophthalmus, hervorruft. Wenn Kinder schreien — und sie schreien viel bei dieser schmerzhaften Krankheit —, so kommt es zur venösen Hyperämie am Kopfe, und manchmal prominieren dabei schon normalerweise infolge praller Füllung der Orbitalvenen die Bulbi leicht. Bei einem an dieser mit hämorrhagischer Diathese einhergehenden Affektion leidenden Kinde genügt wahrscheinlich oft gar nicht so heftiges Schreien, um die Gefäße zur Ruptur zu bringen. M. Cohn erzählt ein derartiges Erlebnis: Ein Kind mit Barlowscher Krankheit wird in die Sprechstunde gebracht; beim Entkleiden und Untersuchen beginnt es zu schreien, und es entsteht ganz plötzlich eine starke Protrusion des rechten Bulbus! Sommer (Mayen).

---

79. Versammlung Deutscher Naturforscher und Ärzte in Dresden

15.—21. September 1907.

(Nach der Münch. med. Wochenschrift.)

Allgemeine Versammlungen.

W. Hempel (Dresden): **Die Behandlung der Milch.** (Mit Lichtbildern.) Dem Mediziner, der sich für die in letzter Zeit so vielfach erörterte Frage der Gewinnung steriler Milch interessiert, brachte der Vortrag in seinem medizinischen Teil wenig Neues. Trotzdem konnte auch er aus der Darstellung der vielen technischen Fragen bei der Behandlung der Milch viel Lehrreiches entnehmen:

In Deutschland werden 19 Milliarden Liter Kuhmilch im Werte von 1700 Millionen Mark und 60 Millionen Liter Ziegenmilch im Werte von 90 Millionen Mark produziert. Auffallend ist die Tatsache, daß trotz der Preissteigerung aller übrigen Nahrungsmittel der Preis der Milch im allgemeinen seit Jahren der gleiche blieb. Es scheine von Bedeutung, den Milchproduzenten, die bei sorgfältiger Behandlung der Milch größere Unkosten haben, höhere Preise zu gewähren. Die Jahrzehnte hindurch herrschende Ansicht, daß man durch geeignete Verdünnung der Kuhmilch eine der Frauenmilch gleichwertige Milch darstellen könne, hat sich nach neueren Forschungen als völlig falsch erwiesen. Die Mutterbrust ist durch nichts anderes ersetzbar. Bei den Untersuchungen der Milch gesunder Kühe haben sich so große Schwankungen in der Zusammensetzung ergeben, daß man bei Angabe eines gleichbleibenden Verdünnungsverhältnisses Milch ganz verschiedener Zusammensetzungen erhalten muß. Auch das lange Zeit als einwandfrei angenommene Verfahren, die Milch zwecks Sterilisierung zu kochen, ist von Nachteil. v. Behring wies nach, daß die mit gekochter Milch aufgezogenen Kälber minderwertig waren. Das Kochen der Milch befreit die Milch zwar von den meisten pathogenen Keimen, zerstört aber auch ihre Fermente. In Verdauungsversuchen wurde festgestellt, daß 11% der Albumine, bei der momentan auf 100° erhitzten Milch 18%, bei der zweimal kurz aufgekochten Milch 30% unverdaut bleiben. Der Albumingehalt von 0,4% wird durch 5 Minuten langes

Kochen auf 0.1 % herabgesetzt. Die rohe Milch hemmt das Wachstum von Cholera- und Typhusbakterien. Dabei zeigen sich die verschiedenen Milchsorten von verschieden starker bakterizider Kraft. Die am geeignetsten für die Kinderernährung erscheinende Eselsmilch ist für allgemeine Verwendung zu teuer, von den Kuhrassen hat sich die ostfriesische als diejenige erwiesen, die eine Milch mit der größten bakteriziden Eigenschaft produziert. Schon ein Erhitzen auf 60° zerstört die bakteriziden Eigenschaften der Milch vollständig, ebenso ein Zusatz von 0,01 % Wasserstoffsuperoxyd. Die bis auf 170° Kälte ausgedehnte Abkühlung hebt die bakterientötende Kraft nicht auf. Bei Filtration bleibt der bakterizide Körper im filtrierenden Tonkörper, bei Kaseinfällung in der Flüssigkeit.

Da also die rohe Milch zweifellos als die geeignete Kindernahrung erscheint, ist von größter Wichtigkeit, daß sie in geeigneter Weise gewonnen und ohne Veränderung erhalten bleibt. Das letztere kann nur durch Abkühlung erreicht werden. Gefrierversuche zeigten, daß bis zu 4 Wochen keine Veränderung in der aufgetauten Milch eintrat. Nach diesem Zeitpunkt fiel das Kasein aus. Mit größter Sicherheit läßt sich gekühlte Milch 14 Tage lang unverändert erhalten. Da die Kuhhaltung auf dem Lande zur Gewinnung von Milch der in der Stadt vorzuziehen ist, handelt es sich darum, nach dem Vorbild amerikanischer Verhältnisse die Milch gekühlt zu versenden. Das geschieht durch Aufpacken von Eis auf die Gefäße oder durch Versenden in besonders eingerichteten Kühlwagen. Es wäre aber noch empfehlenswerter, wenn die Eisenbahnverwaltungen sich entschließen könnten, die technisch einfachen Gefrierwagen einzuführen, die bei gleichzeitiger Verwendung für Fleisch und sonstige Nahrungsmittel keine größeren Unkosten beanspruchen würden.

Zum Schluß bespricht der Vortr. die bekannten Forderungen bei der Milchgewinnung: Möglichst tägliche Weide, tägliche Reinigung der Kühe, Einrichtung besonderer Melkräume, sorgfältige Reinigung des Euters, wobei reines Wasser und reine Tücher genügen. Von Vorteil ist die Besorgung des Melkgeschäftes durch Frauen, da diese im Durchschnitt reinlicher seien als Männer. Bei der Aufbewahrung ist zu beachten, daß die Milch beim Stehen sehr bald in Schichten verschiedenen Fettreichtums zersetzt wird. Daher empfiehlt es sich, in dem Gefäße Vorrichtungen anzubringen, die eine gut durchgemischte Milch zu entnehmen gestatten.

Abteilung für Kinderheilkunde.

Sitzung am 16. September 1907.

Vorsitzender: Flachs (Dresden).

v. Ranke (München) gibt einen Überblick über die Entwickelung der Kinderheilkunde bis zur Gründung der Gesellschaft für Kinderheilkunde.

Escherich (Wien) beglückwünscht Rauchfuß (Petersburg) zum 50jährigen Amtsjubiläum.

S. Yanase (Japan): **Epithelkörperbefunde bei galvanischer Übererregbarkeit der Kinder.** Bei 34 % zur Sektion gelangter Kinder (vornehmlich Säuglinge) fanden sich Blutungen bzw. deren Residuen in den Epithelkörperchen, die wahrscheinlich auf den Geburtsakt zurückzuführen sind. Von 13 Fällen mit normaler elektrischer Erregbarkeit zeigte keiner Blutungen, von 22 Fällen anodischer Übererregbarkeit 12 (61 %), von 2 Fällen klinisch manifester Krampfformen 2 (100 %). Der Autor zieht den Schluß, daß die Blutungen in die Epithelkörper die der Entgiftung des Organismus dienende Funktion derselben schädigen und dadurch die Disposition des tetanoiden Zustandes erzeugen.

Escherich (Wien): **Kenntnis der tetanoiden Zustände des Kindesalters.**[1]) In der Diskussion mahnte Soltmann (Leipzig) zur Vorsicht in bezug auf die Deutung der Beziehungen von Epithelkörperchenblutung und Tetanie. Er will Tetanie und Spasmophilie absolut getrennt wissen und vertritt seine Einteilung der Eklampsie. Escherich (Wien) bespricht im Schlußwort die tetanoiden Erscheinungen im Verlauf anderer Krankheiten.

Hohlfeld (Leipzig): **Säuglingstuberkulose.** Unter Demonstration von Präparaten werden die Heilungsvorgänge bei der Säuglingstuberkulose besprochen.

---

[1]) Wird in einem besonderen Referat behandelt werden.

C. v. Pirquet (Wien): **Diagnostische Verwertung der Allergie.** Die Allergie, die Änderung der Reaktionsfähigkeit, welche der Organismus dadurch erfährt, daß er eine Infektion durchmacht, läßt sich bei einer Anzahl von Krankheiten als diagnostisches Mittel verwerten. Das Prinzip der Allergiediagnostik liegt darin, daß man ein Extrakt des Infektionserregers auf den Organismus wirken läßt und dessen Reaktion beobachtet. Am schärfsten läßt sich die Reaktion verfolgen, wenn man das Extrakt in die äußere Haut einimpft.

Der Vortragende berichtet über 988 Untersuchungen mit der kutanen Tuberkulinprobe und führt aus, in welchen Fällen der Kinderpraxis dieselbe besonderen diagnostischen Wert besitzt. Bei quantitativer Auswertung mit progressiven Verdünnungen des Tuberkulins ergab sich, daß die Verdünnung, bis zu welcher die Probe positiv ist, in einem konstanten Verhältnisse zum Querdurchmesser der Effloreszenzen steht, so daß man durch Messung einer einzigen Impfstelle die Empfindlichkeit quantitativ bestimmen kann. Der Vortr. hält die kutane Tuberkulinreaktion für empfehlenswerter als die Ophthalmoreaktion und bleibt für die Praxis bei der Einimpfung von 25%igem Alttuberkulin auf die Haut des Armes.

Kraemer (Böblingen): **Kongenitale Tuberkulose und ihre Bedeutung für die Praxis.** Auf Grund theoretischer Erwägungen und von Erfahrungstatsachen vertritt der Autor seine Anschauung von der Häufigkeit der kongenitalen Tuberkulose.

In der Diskussion über die drei letzten Vorträge bringen Langstein (Berlin), Langer (Sreez), Citron (Berlin), Engel (Düsseldorf), Schloßmann (Düsseldorf), Rietschel (Dresden), Peer (Heidelberg), Siegert (Köln) ihre Erfahrungen der mit diagnostischen Tuberkulinimpfung v. Pirquets auf Grund mehr oder weniger großen Materials. Die Methode wird in ihrer theoretischen und praktischen Bedeutung gewürdigt. Escherich (Wien) meint, daß gegen die große Häufigkeit der kongenitalen Tuberkulose die Ergebnisse der Tuberkulininjektionen sprechen.

Sitzung vom 17. September 1907.

Vorsitzender: Escherich (Wien).

Moll (Prag): **Verhalten des jugendlichen Organismus gegen das artfremde Eiweiß.** Die Untersuchungen hatten zur Aufgabe, zu prüfen, wie der junge Organismus im Vergleiche zum Erwachsenen sich gegen artfremdes Eiweiß verhält, wenn dieses direkt in die Blutbahn oder auf sonstigem parenteralem Wege einverleibt wird. Die Versuche ergaben, daß der junge wachsende Organismus (Kaninchen) die parenterale Einverleibung des artfremden Eiweißes weit besser und länger als der Erwachsene verträgt, weder mit lokalen noch allgemeinen Erscheinungen reagiert und gesund bleibt. Diese Verhältnisse bestehen aber nur so lange, als das Tier jung ist. Hat dasselbe ein bestimmtes Alter (8—10 Wochen) erreicht, so ist es mit dieser angeborenen Resistenz vorbei. In gleichem Maße waren zwischen erwachsenem und jungem Organismus Unterschiede in der Bildung bakterizider hämolytischer Antikörper und Agglutinine konstatierbar.

In der Diskussion bespricht Langstein (Berlin) auf Grund der Versuche von Bahrdt (Berlin), die noch nicht publiziert sind, die Unterschiede im Abbau des artgleichen Eiweiß bei herbivoren und karnivoren neugeborenen Tieren und weist auf die Resultate hin, die die bisherigen Untersuchungen über die Verdauungsarbeit bei der Einverleibung von artfremdem und arteigenem Eiweiß beim Säugling in der Berliner Universitäts-Kinderklinik ergeben haben.

Langer (Graz): **Die Resorption des Kolostrums.** Kuhmilcheinspritzungen rufen bei Kaninchen zwar Antikörperbildung hervor, doch sind die gewinnbaren Antisera nur niedrigwertige. Injektionen von Erstkolostrum, dem direkt nach der Geburt des Kalbes gewinnbaren Kolostrum, schaffen Antisera, die das Erstkolostrum noch in Verdünnungen von 1 : 12000 bis 1 : 15000, Kuhmilch aber nur in Verdünnungen von 1 : 3000 bis 1 : 4000 präzipitieren. Das Erstkolostrum zeigt also bei der Kuh einen hohen Antigengehalt für Präzipitinserum. Bei Verfütterung von Kuhkolostrum an neugeborene Hündchen wie an einen Fall von Spina bifida ließ sich mittels eines solchen Antiserums der Übertritt von Kolostrumantigen ins Blut nachweisen. Die Antigene des Kolostrums entstammen dem Blutserum, welches mit Kolostrumantiserum gleichfalls Präzipitine gibt. Vergleicht man Kolostrum, Blutserum und Milch bezüglich ihres Antigengehaltes, so erweist sich

als am reichsten an Antigenen das Kolostrum. Das erklärt sich wohl daraus, daß zur Zeit der Kolostrumbildung neben Sekretion Resorption immer stattfindet. Diese Antigene, gemeinsam dem Blutserum, Kolostrum und der Milch, gehen aus dem mütterlichen Blute nicht durch die Plazenta über, denn das Blutserum des neugeborenen Kalbes gibt mit Kolostrumantiserum keine Präzipitine. Dieses Fehlen der Präzipitinantigene ließ es als möglich erscheinen, die bisher nur bei Zufuhr artfremden Eiweißes in Anwendung gebrachte Präzipitinmethode auch bei der Resorption arteigenen Eiweißes anzuwenden. Es zeigte sich, daß 6—8 Stunden nach der Aufnahme des Erstkolostrums dieses biologisch im Blute nachweisbar wird, daß der höchste Gehalt am zweiten Tage erreicht wird und daß er allmählich abnimmt. Der heranwachsende Organismus zeigt eine ständige Zunahme dieser Stoffe, das erwachsene Tier aber einen ganz konstanten Gehalt. Ob dieser mütterlichen Mitgift eine teleologische Bedeutung zukommt, will der Vortr. nicht entscheiden. Auffällig bleibe es immerhin, daß dadurch das Blut des Neugeborenen dem des Erwachsenen ähnlich wird. Die Einverleibung dieser Stoffe auf enteralem Wege läßt vielleicht daran denken, daß ihnen eine Rolle im Sinne von Katalysatoren zukommt, die das schlummernde Leben der Darmepithelien auslösen und fördern.

In der Diskussion fragt Köttnitz (Dresden), ob sich bei den mitgeteilten Versuchen Albumosen im Harne nachweisen ließen. Langstein (Berlin) betont die Schwierigkeiten des Albumosennachweises im Harn von Kälbern, die eine besonders starke Albuminurie der Neugeborenen zeigen, und möchte die Frage als vorläufig nicht entscheidungsfähig ansehen.

Moro (München): **Experimentelle Beiträge zur Frage der künstlichen Säuglingsernährung.**

Pfaundler (München): **Säuglingsernährung und Seitenkettentheorie.**

Moro (München): **Verhalten des Serumkomplements beim Säugling.**

Heimann (München) referiert durch Herrn Pfaundler (München): **Potentieller Komplementbestand bei natürlicher und künstlicher Ernährung.**

(Die vorstehenden Vorträge werden besonders referiert werden.)

Pfaundler (München): **Dystrophie der Säuglinge.** Die von Heimann, Moro und Pfaundler vorgebrachten experimentellen Befunde wären mit folgendem Sachverhalt vereinbart. Die Nutzstoffe der Milch sind tropholytische Komplemente, die bei natürlicher Ernährung an die Körperzellen des Kindes gelangen und die Tropholyse vermitteln. Es gibt neugeborene Kinder, die in ausreichendem Maße zur Selbstbeschaffung aller Werkzeuge der zellulären Verdauung befähigt sind und daher auf Brusternährung nicht angewiesen sind. Es gibt anderseits solche, die der mütterlichen Nachhilfe noch jenseits der Geburt bedürfen. Wird ihnen diese versagt, so kommt es zu einer Ernährungsstörung, einer Dystrophie, deren Abhängigkeit von der artfremden Nahrung in der Bezeichnung Heterodystrophie zum Ausdruck kommt. Diese beruht auf einer Herabsetzung des Bestandes an tropholytischen Komplementen. Komplementmangel bedingt eine gehinderte, zelluläre Tropholyse, er behindert die Nährstofferledigung an der Zelle. Auf die Fragestellung, die sich aus dieser Auffassung für das Wesen der Intoxikation, für die Wesensverwandtschaft von infektiösen und alimentären Schäden ergeben, im Rahmen eines kurzen Referats einzugehen, ist nicht möglich, deswegen auf das Ausführliche im Jahrb. f. Kinderheilk. erscheinende Autoreferat verwiesen sei.

Salge (Göttingen): **Chronische Toxinvergiftung, Überfütterung und Atrophie.** Vortr. versucht abzuleiten, daß gewisse Probleme der Säuglingsernährung mit biologischen Methoden, die auf der Ehrlichschen Seitenkettentheorie fußen, angegangen werden müssen. Er zieht eine Parallele zwischen Immunisierung und chronischer Toxinvergiftung einerseits, Überfütterung und deren Folgen anderseits. Um auf diesem Wege vorwärts zu kommen, muß zunächst der Bestand des Säuglingsorganismus an Rezeptoren usw. geprüft und namentlich das Verhalten der im extrauterinen Leben erworbenen Rezeptoren studiert werden. Geeignet dazu erscheinen namentlich die Hämolysine, und S. teilt eine einfache Methode mit, mittels der es möglich ist, mit zehnmal geringeren Serummengen als bisher zu arbeiten.

An diese Reihe biologischer Vorträge schließt sich eine umfangreiche Diskussion, an der sich Citron, Finkelstein (Berlin), Köttnitz (Dresden), Salge (Göttingen), Escherich (Wien), Moro und Pfaundler (München) beteiligen. Hervorgehoben sei nur, daß Citron eine von Pfaundlers Auffassung

abweichende Anschauung über die Assimilation des Eiweißes vorträgt und sich auch dagegen ausspricht, daß Fieber eine Immunreaktion sei. Finkelstein äußert seine Skepsis an der Bedeutung der Nutz- und Schutzstoffe. Pfaundler bespricht im Schlußwort seine von Ehrlich abweichende Auffassung bezüglich der Zwischenkörper. Köttnitz bespricht das Problem vom physikalisch-chemischen Standpunkt.

Eugen Schlesinger (Straßburg): **Körpergewicht kranker Säuglinge.** Die Gewichtskurve der kränklichen und irrationell genährten Säuglinge unterscheidet sich von derjenigen gesunder Kinder zunächst durch den langsamen Anstieg, indem sich das Geburtsgewicht durchschnittlich erst im siebenten Monat verdoppelt, im achtzehnten Monat verdreifacht (statt im fünften bezw. zwölften Monat), ferner durch ein Alternieren regelmäßiger und unregelmäßiger Zunahmen, durch den ausschlaggebenden Einfluß des Ernährungsmodus im ersten Halbjahr, durch die Hinausschiebung des Maximums der täglichen Zunahme, durch eine häufige Steigerung der Zunahme nach dem Abstillen, durch den deutlich hemmenden Einfluß der Hochsommerhitze, der regelmäßiger ist als derjenige der Zahnung. Die Gewichtsabnahme hängt im allgemeinen ab von der Heftigkeit, noch mehr von der Dauer der Erkrankung, am meisten aber von dem Ernährungszustand des Kindes vor der Krankheit, wobei sich übrigens atrophische Säuglinge verschieden verhalten. Bei den akuten Ernährungsstörungen ist der Verlauf der Kurve außerdem wesentlich abhängig von der Kombination mit Dyspepsien; dabei lassen sich an dem ab- und aufsteigenden Schenkel der Kurve mehrere durch verschiedene Ursachen bedingte Phasen unterscheiden, von denen besonders der bereits in der Rekonvaleszenz fallende Teil der Abnahme Interesse verdient. Bei den chronischen Ernährungsstöungen und der Pädatrophie steigt die Kurve überaus langsam und flach an, überdies bei akuten Exazerbationen mit großen Schwankungen. Kurzdauernde stärkere Zunahme bei der Atrophie sind im allgemeinen nichts Heilsames; dagegen ist eine anhaltende sprungartige Zunahme, namentlich im Herbst, von großer prognostischer Bedeutung. — Die Gewichtsabnahme bis zum Tode beträgt durchschnittlich bei den rasch verlaufenden Ernährungsstörungen ein Zehntel, bei den subakuten Fällen ein Siebentel, bei der reinen Pädatrophie ein Viertel bis ein Drittel des schon einmal erreichten Höchstgewichts des betreffenden Kindes. Bei den debilen Säuglingen kann man nach anfänglich ziemlich gleichmäßigem Verlauf der Kurve später ein dreifaches Verhalten beobachten, wobei der Rückstand bereits im zweiten oder erst etwa im sechsten Lebensjahre oder gar erst in der Pubertät eingeholt wird. Schwere hartnäckige Rachitis ist ausgezeichnet durch monatelangen Stillstand während des ersten und unter Umständen auch des zweiten Frühjahrs. Bei der hereditären Syphilis ist mehr als je sonst das Anfangsgewicht für die weitere Zunahme maßgebend (drei Typen). Bei den akuten Infektionskrankheiten, außer den Masern, wird der anfängliche Gewichtsverlust vielfach noch während der Erkrankung selbst wieder ausgeglichen. Hautkranke, namentlich ekzematöse Säuglinge, weisen häufig abnorm starke Zunahme auf, besonders deutlich bei der Entstehung des Ekzems. Fettsucht mit auffallend langen Perioden täglich großer Zunahme kommt eher bei jungen überernährten Brustkindern als bei älteren überfütterten Flaschenkindern vor.

IV. Neue Bücher.

B. Stiller. **Die asthenische Konstitutionskrankheit.** Stuttgart, F. Enke. Preis Mk. 8.

Die Lehre von der „Asthenia universalis congenita", die uns der Verf. bereits in verschiedenen Zeitschriften gegeben hat, ist noch nicht so bekannt geworden, wie sie es verdient. Daher müssen wir es freudig begrüßen, daß wir jetzt in einer größeren Monographie eine Gesamtdarstellung erhalten haben, welche es ermöglicht, das interessante Thema in seinem ganzen Umfange kennen zu lernen und zu verstehen. Die neue Lehre hat bei ihrem Auftauchen lebhafte Gegner gefunden. Diesen tritt der Autor hier entgegen und sucht deren Ansichten zu entkräften und zu widerlegen; wie uns scheint, mit gutem Glück, so daß wohl anzunehmen ist, daß nunmehr die Frage mehr und mehr geklärt werden wird. Jedenfalls eine hochinteressante Lektüre! Grätzer.

F. Lange. **Die Behandlung der habituellen Skoliose.** Stuttgart, F. Enke.
Klapp. **Funktionelle Behandlung der Skoliose.** Jena, G. Fischer.

Wir können einem dieser beiden Bücher vor dem anderen keinen Vorzug geben; am besten ist es, beide zu studieren. Beide bieten in ihren Ausführungen und ihren zahlreichen instruktiven Abbildungen so viel Wissenswertes und so viele neue Anregungen, daß deren eingehendes Studium sich durchaus belohnt und die besten Früchte zeitigen wird. Die Skoliosentherapie hat große Fortschritte gemacht, und Pflicht jeden Arztes ist es, diese sich zu eigen zu machen und Nutzen daraus zu ziehen. Die beiden vorliegenden Publikationen werden daher gewiß einen dankbaren Leserkreis finden. Grätzer.

Jankau. **Taschenbuch für Kinderärzte.** II. Ausgabe (Jahrgang 1907/8). Leipzig, M. Gelsdorf.

In dem kleinen Buch finden wir eine große Menge Daten, Tabellen, Mitteilungen usw. für die pädiatrische Tätigkeit zusammengestellt, die man in der täglichen Praxis und auch bei wissenschaftlichem Arbeiten braucht. Diese Zusammenstellung ist eine recht geschickte und reichhaltige. Anatomische, physiologische, klinische, statistische, therapeutische Notizen aller Art, Gesetzeskunde und andere wichtige Abschnitte sind berücksichtigt, Personalien registriert usw. Die vorliegende Auflage zeigt mannigfache Änderungen und Vermehrungen des Inhalts und dürfte freundlicher Aufnahme in den Kreisen der Pädiater sicher sein.

Grätzer.

Neue Dissertationen.

(Aus deutschen Universitäten.)

Aurnhammer, A., Milchversorgung der Stadt München (München). — **Bernhardt, H,** Die Tränenschlauchreste der Neugeborenen (Rostock). — **Beyer, W.,** Über das häufige Vorkommen von systolischen Herzgeräuschen bei Kindern; nebst Bemerkungen über die physikalische Natur der Pulmonalgeräusche, über Akzentuation der 2. Töne, über unreine Töne und Nonnensausen in den großen Venen (Leipzig). — **Brückler, O.,** Zwei Ziegenfütterungsversuche mit roher und gekochter Kuhmilch; ein Beitrag zur Frage der Überlegenheit der rohen oder der gekochten Milch (Rostock). — **Bubenhofer, A.,** Über einen Fall von kongenitalem Defekt (Agenesie) der Gallenblase (Tübingen). — **Cobliner, L.,** Haben die mikroskopischen Vorgänge bei der Abstoßung der Nabelschnur forensisches Interesse? (München). — **Danziger, M.,** Beitrag zur Kenntnis der Hirschsprungschen Krankheit (Göttingen). — **Engel, H.,** Ein Fall von hypertrophischer Pylorusstenose im Säuglingsalter (München). — **Feisthorn, O.,** Kasuistischer Beitrag zur Lehre vom Infantilismus (Leipzig). — **Fuerst, W.,** Die Säuglingssterblichkeit in München in den Jahren 1895 bis 1904 und der Einfluß der Witterungsverhältnisse auf dieselbe (München). — **Greuer, M.,** Über Arthritis deformans bei kongenitaler Hüftgelenksluxation (Halle). — **Helbich, H.,** Ist hohe Säuglingssterblichkeit eine Auslese im Darwinschen Sinne? (Greifswald). — **Hommelsheim, F.,** Zur Kasuistik der angeborenen lipomatösen Dermoide des Augapfels (Gießen). — **Hieff, J.,** Über die Sterblichkeit der rachitischen Kinder nach Beobachtungen in der Universitätsklinik für Kinderkrankheiten in Berlin (Berlin). — **v. Jagemann, E.,** Über die Beziehungen zwischen Rachitis und Epilepsie mit statistischen Belegen (Halle). — **Judt, J.,** Über die Säuglingssterblichkeit und Säuglingsernährung in München (München). — **Kruse, G.,** Über Chorea chronica progressiva (Rostock). — **Luckow, E.,** Zur Lehre von der Hydronephrose im Kindesalter (Kiel). — **Mohr, S.,** Über Unterschiede des mütterlichen und kindlichen Serums in seiner antitryptischen Wirkung (Würzburg). — **Müller, J.,** Über die Reaktion der normalen Säuglingsfäzes (Rostock). — **Nothmann, H.,** Zur Kritik der Reifezeichen der Frucht; Untersuchungen an 100 Neugeborenen (München). — **Paarmann, J.,** Über Ätiologie und Therapie der Enuresis (Leipzig). — **Pabow, E.,** Zur Prognose der Otitis media im Säuglingsalter (Berlin). — **Reichhardt, F.,** Ein Fall von angeborener infantiler Myxidiotie (München). — **Rybok, V.,** Der juvenile Diabetes mit tödlichem Ausgang (Rostock). — **Sochorowitsch, Ch.,** Gelatinetherapie der Melaena neonatorum (Breslau). — **Tepling, M.,** Über Hysterie im Kindesalter (Rostock). — **Thelen, F.,** Klinische Erfahrungen über das amerikanische Wurmsamenöl als Antiaskaridiacum bei Kindern (Rostock). — **Vorster, C. E.,** Über Pemphigus neonatorum, seinen Zusammenhang mit Dermatitis exfoliativa neonatorum und Impetigo contagiosa (Rostock). — **Wettwer, E.,** Ein Fall von kongenitaler Choledochuszyste (Göttingen).

Wolf, G., Über einen typischen Fall von Morbus Basedowii bei einem 11 jährigen Mädchen (München). — **Wollburg, G.**, Über Dementia paralytica im jugendlichen Lebensalter (Kiel). — **Zander, P.**, Wie viel unter 1000 Wöchnerinnen sind unfähig zu stillen und welches sind die Ursachen? (München).

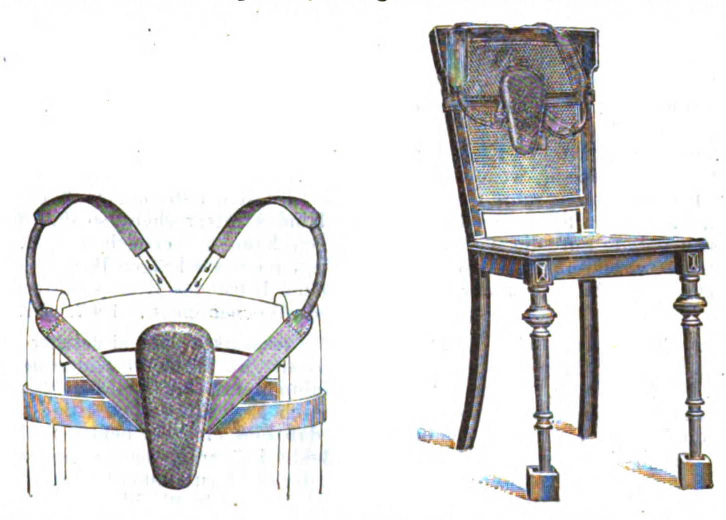
V. Therapeutische Notizen.

Goldkorn. Nähr- und Kräftigungsmittel für Säuglinge, Kinder, Kranke und Genesende ist ein Malzpräparat in Mehlform, welches namentlich dadurch ausgezeichnet ist, daß in ihm eine große Menge direkt ausnutzbarer Nährstoffe in einer ohne umständliche Zubereitung verwendbaren Form dargeboten wird. Sehr zustatten kommt dem Präparate dabei der angenehme Geschmack, so daß es ohne Widerwillen, gleichsam als Genußmittel genommen wird. Die glückliche Konstitution: hoher Gehalt an löslichen Kohlehydraten und die erheblichen Mengen verdaulicher Eiweißkörper neben den nötigen Mineralstoffen, unter welchen speziell die Phosphorsäure genannt sei, sicherte dem Präparate die günstigen Erfolge, welche es in der Praxis erzielt, so daß es zu den ersten Nährpräparaten zu zählen berufen ist, und die ernste Beachtung der Ärzte, welche es noch nicht kennen, verdient. Man wendet heute mit Recht sein besonderes Augenmerk den Malzpräparaten zu, und gerade hier ist Goldkorn berufen, eine Rolle zu spielen, da es lediglich aus gemälzten Halmfrüchten hergestellt ist ohne Verwendung irgendwelcher Chemikalien oder Surrogate; ein reines Naturprodukt von hoher Nährkraft bei leichtester Verdaulichkeit. Goldkorn findet mit Vorteil Anwendung zur Ernährung von Säuglingen (namentlich in den heißen Sommermonaten) und Kindern jeden Alters, bei Stoffwechselerkrankungen, bei Magen- und Darmkrankheiten, bei Blutarmut, Bleichsucht und allen erschöpfenden Krankheiten und bei Kräftezerfall infolge akuter oder chronischer Krankheiten. Auch bei Mastkuren wird es mit Erfolg zur Anwendung gebracht. Seine Verwendung wird begünstigt durch den billigen Preis: die Glaspackung von 400 g Inhalt kostet Mk. 1,50.

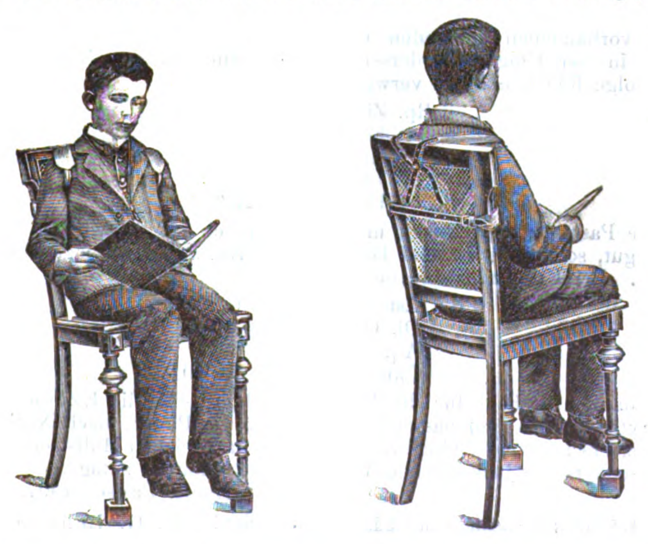
Über weitere Verwendbarkeit des „Kufeke"-Kindermehles. Mitteilungen aus der ärztlichen Praxis und dem königlichen Krankenstift in Dresden (Direktor Hofrat Dr. Honecker). Von Dr. Freudenberg (Dresden). (Der Kinderarzt, XVII. Jahrgang, Heft 12.)

Während das „Kufeke" Mehl meistens bisher nur als Kindernährmittel und Kinderheilmittel bei gewissen Verdauungsstörungen gebraucht wurde, eignet es sich gleichfalls in ganz hervorragendem Maße für kranke, schwache, senile Erwachsene. Beim Kinde sowohl, wie bei dem in seiner Vitalität gestörten Erwachsenen liegt bezüglich der Verdauungsorgane dieselbe Empfindlichkeit, dieselbe leichte Verletzbarkeit und dieselbe hierdurch bedingte Schonungsbedürftigkeit vor. Hier ist nur das „Kufeke"-Mehl nicht nur ein vortreffliches Nährmittel auch für Erwachsene, sondern es macht auch die bei Krankheitszuständen so wichtige Milch als Zusatz wohlschmeckender, nahrhafter und leichter verdaulich. Es leistet für die Ernährung tatsächlich soviel, wie gleiche Mengen von Eiweiß, Kohlehydraten usw. in irgend einer leicht verdaulichen Form. Verf. wollte erproben, ob das „Kufeke"-Mehl auch unter kritischen Verhältnissen mehr leistet als viele andere Präparate ähnlicher Art und auch in den extremsten Fällen als Nährmittel Anwendung finden kann. Bei einer 40 jährigen Frau mit akuter Nephritis erwies sich das „Kufeke"-Mehl als Retter. Milch wurde absolut nicht mehr vertragen, und es widerstand der Patientin auch Milch mit „Kufeke"-Zusatz. Das „Kufeke"-Mehl allein erwies sich als ausreichend zur Aufhebung des Reizes und gleichzeitigen Ernährung, und der Eiweißgehalt fiel in derselben Weise wie beim absoluten Milchregime. Bei einer 56 jährigen Frau mit chronischer Nephritis nach Eierstockgeschwulst, wo ebenfalls Milch nicht vertragen wurde, wirkte das „Kufeke"-Mehl in gleicher Weise wie Milch. Bei einer 38 jährigen Frau mit völliger Erschöpfung nach fünf Aborten brachte das „Kufeke"-Mehl rasch Kräftigung, und bei einer 38 jährigen Frau mit Gallensteinleiden war das „Kufeke"-Mehl die einzige Nahrung, die vertragen wurde. Endlich hat Dr. Honecker mit dem „Kufeke"-Mehl ausgedehnte Erprobungen gemacht bei Erwachsenen in Fällen von Magen- und Darmerkrankungen, bei denen es stets gern genommen wurde und sehr günstig wirkte.

Das orthopädische Stuhlband wird von Dr. R. Zuelzer empfohlen als ein durchaus zweckmäßiges und praktisches Mittel, die fehlerhafte Körperhaltung des sitzenden Kindes mit deren typischen Folgen — die hängenden Schultern, der runde Rücken, die seitliche Rückgratskrümmung und Augenerkrankungen — zu verhindern. Es läßt die Brust und den Kopf frei, drängt die Schultern zurück und wölbt den



eingefallenen Brustkasten vor. Gebrauchsanweisung: Das Kissen wird mit der Spitze nach unten und mit der flachen Seite nach hinten an der Stuhllehne in der Höhe der Schulterblätter des sitzenden Kindes dadurch befestigt, daß das



mit der Schnalle versehene Band wagerecht um die Lehne gelegt und dann festgeschnallt wird. Der beigelegte Knopf wird in der Mitte der oberen Querleiste der Stuhllehne — am besten an dessen unterer schmaler Seite — eingeschlagen. Dann nimmt man die beiden Enden des zweiten Bandes, zieht sie rechts und links unter den Armen des Kindes hindurch — also von unten hinten nach vorn aufwärts über die Schultern hinweg schräg nach der Mitte hinten, wo die beiden Lederenden an den Knopf am Stuhl befestigt werden. Dieses in der Mitte ver-

stellbare Band muß aber vorher derartig verkürzt oder verlängert werden, daß die beiden runden Abschnitte desselben gleichmäßig unter den Achselhöhlen zu liegen kommen. Die Gummiteile dürfen nicht zu sehr angespannt werden; sie haben den Zweck, dem Kinde noch eine gewisse Freiheit in der Bewegung zu gestatten. Einmal richtig angepaßt, bleiben die Bänder an der Stuhllehne angelegt, so daß das Kind ohne fremde Hilfe — ähnlich wie in die Riemen eines Schultornisters — hinein und ohne Mühe herausschlüpfen hann. Um leichtes Herausgleiten aus der Bandage zu erschweren, werden vorteilhafterweise die beigegebenen Holzklötze unter die beiden vorderen Stuhlbeine geschoben. Man hat noch auf zweierlei zu achten bei Anlegung des von A. Laboschinski (Berlin NO. 43) hergestellten Stuhlbandes:

1. Die Schultern des Kindes müssen ziemlich an die obere Querleiste der Stuhllehne heranreichen, wozu eventuell Kissen Verwendung finden müssen.

2. Die am besten schräg gestellte Platte des Arbeitstisches muß der Höhe des herabhängenden Ellbogens des sitzenden Kindes entsprechen, so daß der Ellbogen sich gerade auf die Tischkante auflegen kann (zu erreichen z. B. durch Absägen der vorderen Tischbeine, oder Auflegen eines schrägen Brettes als Aufsatz). Die Tischplatte darf nur 2—3 cm von der Brust des Kindes entfernt sein.

(Deutsche med. Wochenschrift. 1907. Nr. 26.)

Über Eston und seine therapeutische Verwendbarkeit im Kindesalter macht Dr. A. Klautsch (Kinderpflege- und Heilanstalt „St. Elisabeth-Kinderheim“ zu Halle a. S.) Mitteilung. Eston ist $^2/_3$ Aluminiumazetat, bei welchem 2 von den vorhandenen Valenzen des Tonerdehydrats durch Essigsäure abgesättigt sind; — Formeston ist eine analoge Verbindung, nur daß hier eine der beiden Essigsäuregruppen durch Ameisensäure ersetzt ist. Beide Präparate haben sich nun als vorzügliche, lockere Kinderpuder bewährt, die nicht zusammenballen, die Haut nicht reizen und unschädlich sind (10% mit Talc., fertig in Blechbüchsen geliefert). Vortrefflich wirkte folgende Medikation bei Intertrigo der Säuglinge:

Rp. Eston (Formeston) 50,0
Balsam. peruv. 10,0
Talc. 40,0.

Bei vorhandenen Rhagaden und intensiven entzündlichen Erscheinungen der Haut in der Umgebung derselben, namentlich in den Nates, wurde mit gutem Erfolge folgende Paste verwendet:

Rp. Zink. oxyd.
Eston āā 15,0
Amyl. 30,0
Lanolin. anhydr.
Paraffin. āā 20,0.

Diese Paste haftet, einfach mit einem Spatel auf die wunden Stellen aufgetragen, gut, schützt sicher und bewirkt bald Nachlaß des Juckens und völlige Abheilung. Bei Furunkulose bewährte sich

Rp. Eston (Formeston)
Ol. Olivar. āā 10,0
Aq. dest.
Lanolin. anhydr. āā 20,0.

Ein dankbares Feld für die Estonbehandlung sind die Ekzeme. Bei den akuten erythematösen und nässenden 10—20—50% Puder, nach Nachlassen der Entzündungserscheinungen obige Zinkpaste, die auf weichen Mullstreifen appliziert wird. Besonders die juckstillende Wirkung tritt eklatant zutage.

(Deutsche Mediz. Presse. 1907. Nr. 16.)

Bei Aufstoßen (Singultus) der Säuglinge empfiehlt Dr. G. Lennhoff (Berlin), des Kindes Nase zu komprimieren, um es zum Schreien zu bringen; man unterhalte die Kompression eine Minute. (Medizin. Klinik. 1907. Nr. 42.)

Thiopinolseife hat Dr. Ed. Bäumer (Berlin) bei Acne vulgaris mit gutem Erfolge benutzt, in leichteren Fällen genügte die zweimal tägliche Anwendung der Seife allein zur Beseitigung des Leidens. Thiopinol (Matzka) ist ein lösliches, reizloses Alkali-Schwefelpräparat, welches besonders in Form der Seife, die sich auch bei Seborrhöe des behaarten Kopfes bewährte, versucht zu werden verdient. (Die Therapie der Gegenwart. September 1907.)

Über die Behandlung der Pertussis läßt sich Dr. V. Verdroß (Deutsch-Landsberg) aus und empfiehlt warm die kombinierte Behandlung mit Pyrenol und Antitussin. Jeden Abend werden die Brust, der Rücken (besonders zwischen den Schulterblättern) und Hals des Kindes mit warmem Wasser und Seife gereinigt und darauf mit einem groben Tuche frottiert, so daß es zu einer leichten Hyperämie in der Haut kommt. Hierauf wird ein bohnengroßes Stück der Antitussinsalbe (die in Tuben verschiedener Größe erhältlich ist) auf den so vorbereiteten Stellen so lange und so fest verrieben, bis die verreibende Hand trocken wird. Nun ist es zweckmäßig, die behandelten Körperteile mit einem Seiden- oder Flanelltuche zu bedecken. V. erwähnt hier ferner, daß diese Salbenbehandlung nur dann von Erfolg sein kann, wenn das Frottieren der Haut, sowie die Salbenverreibung sehr energisch geschieht. Manche Kinder bekommen einen leichten Ausschlag, der die weitere Antitussinbehandlung nicht kontraindiziert.

Schon diese Behandlung allein weist oft raschen Erfolg auf, ist jedoch nicht unbedingt verläßlich. V. gibt daher gleichzeitig dem Kinde je nach dem Alter 4—6 Kaffeelöffel voll täglich von folgender Pyrenollösung:

Pyrenoli 2,00—2,50
Aq. destill. 80,00
Sir. rub. id. 20,00,

und fand, daß bei dieser kombinierten Behandlung selbst schwerste Keuchhustenfälle nach Ablauf von drei Wochen geheilt wurden. Es ist verblüffend zu beobachten, in welch kurzer Zeit die sedative und expektorierende Wirkung des Pyrenols einsetzt, wobei letzterem das Antitussin in ausgiebigster Weise unterstützend zur Seite steht. Die Anfälle kommen seltener, ihre Vehemenz läßt nach; eine weitere Folge, die ganz besonders in bezug auf Kräfteverfall der Kinder in Betracht kommt, ist, daß das Erbrechen sistiert und der Appetit schon in 2—3 Tagen sich wieder einstellt.

(Klinisch-therap. Wochenschrift. 1907. Nr. 35.)

Ein wirksames Mittel gegen Scarlatina glaubt Dr. Langfeld (Zell a. H.) in dreistündlichen Einreibungen der Haut mit

Rp. Phenol. monochlorat. 4,0
Spirit. 250,0
Aether. sulfur. ad 300,0

gefunden zu haben. Diese bewährten sich ihm in fünf Fällen, indem der Verlauf des Scharlachs sofort ein milderer wurde; zunächst wich die Röte, dann ging die Drüsenschwellung zurück, das Allgemeinbefinden besserte sich usw.

(Ärztl. Rundschau. 1907. Nr. 35.)

Methylatropin (Merck) bei Kindereklampsie wandte Dr. Boesl (Obersdorf) mit eklatantem Erfolge an. Es handelte sich um ein zweijähriges Kind mit schweren Krämpfen. Nach Injektion von 0,0002 g des Mittels hörten letztere sofort auf. Als sie wiederkehrten, wurde die Injektion wiederholt, worauf die Konvulsionen gänzlich fortblieben. (Münch. med. Wochenschrift. 1907. Nr. 37.)

Über die Behandlung des Keuchhustens läßt sich Dr. P. Reyher (Kinderpoliklinik der kgl. Charité in Berlin) aus, und zwar in dem Sinne, daß das meiste Zutrauen die Narkotika verdienen, besonders Belladonna. Er verschreibt älteren Kindern (jüngeren entsprechend herabgesetzte Dosen):

Rp. Inf. rad. Ipecac. 0,5 : 180,0
Extr. Bellad. 0,08
Natr. bromat. 2,0—4,0
Syr. Alth. ad 200,0.
M. D. S. 3stündl. 1 Kinderlöffel.

Diese Verordnung bewährte sich namentlich zu Beginn des konvulsivischen Stadiums, in vorgeschrittenem Stadium blieb sie öfters wirkungslos.

(Therap. Monatshefte. Oktober 1907.

Die Wirkung des Kreosotals bei nicht tuberkulösen akuten und subakuten bronchopulmonären Krankheiten im Säuglings- und Kindesalter erprobte Dr. Karl M. John (Doz. Dr. Heims Kinderpoliklinik in Budapest) in 100 Fällen. Es handelte sich meist um Fälle von Bronchiolitis und Bronchopneumonien, die sich an Infektions-

krankheiten anschlossen oder an entzündliche Affektionen der oberen Luftwege. Es waren darunter Fälle von schleichender Bronchopneumonie, die schon wochenlang bestanden und aller angewandten Mittel zu Trotz sich nicht bessern wollten. Kreosotal brachte Heilung, es brachte oft ganz schleppende Fälle fast kritisch zu Ende. Man muß freilich große Dosen geben: Kindern

bis zum 1. Jahre	$1^1/_2$ g pro die	
von 1—2 Jahren	2 „ „ „	
„ 2—4 „	$2^1/_2$ „ „ „	
„ 4—6 „	3 „ „ „	
„ 6—10 „	$3^1/_2$ „ „ „	

Kreosotal wurde selbst von jüngsten Säuglingen (3 g : 80 g Sir. rub. id., in 48 Stunden zu nehmen) anstandslos vertragen.

(Therap. Monatshefte. Oktober 1907.)

VI. Monats-Chronik.

Der **IV. Kongreß von Klimatotherapie und Stadthygiene** wird in Biarritz vom 20. bis 25. April 1908 (Osterwoche) unter dem Präsidium des Prof. Pitres (Doyen der Fakultät von Bordeaux) stattfinden.

Verschiedene Zerstreuungen und Ausflüge nach den Klimastationen der Gegenwart sind in dem Programm des Kongresses einbegriffen.

Die folgenden Fragen werden das Objekt von speziellen Vorträgen bilden.

I. Heilungsanzeige des Seeklimas in der Neurasthenie. Reporter: Prof. Regis von der Fakultät von Bordeaux.

II. Die kombinierte Wirkung des Seeklimas und der Natriumchlorürkur bei der Ganglientuberkulosis. Reporter: Dr. Bichardière, Paris, Spitalarzt.

III. Die Seekur und die Natriumchlorürkur in dem Rachitismus. Reporter: Prof. Denucé von der Fakultät von Bordeaux.

IV. Die Hygienestadtbureaux und die Gesundheitsregeln in den Klimastationen. Reporter: Dr. Mosny, Paris, Spitalarzt.

V. Klimatologie des Golfs von Gascognien. Reporter: Dr. Cumino, Hendaye-Sanatoriumarzt.

Weitere Erklärungen werden erbeten, an Dr. Gallard, secretaire général à Biarritz.

Berlin. San.-Rat Dr. L. Fürst, bekannter Kinderarzt und pädiatrischer Schriftsteller — er hat auch in unserem Blatt vielfach Aufsätze publiziert — ist gestorben.

— Eine **Walderholungsstätte** soll nördlich von der Eisenbahnstation Buch in einem städtischen Forstgelände errichtet werden. Mitten in diesem sollen mehrere Schulbaracken für den ständigen Aufenthalt der Kinder, mehrere Schlafsäle, Liegehallen, ein Wirtschaftsgebäude, Pavillons für das Lehr- und Aufsichtspersonal usw. Platz finden. Zunächst sind die Baulichkeiten für 100 Knaben und 100 Mädchen berechnet. Die Kinder sollen dort vollständig beherbergt und verpflegt werden, erhalten entsprechenden Unterricht und können in den Erholungsstunden sich mit Turnen und Spiel, Gartenbau usw. beschäftigen. Die Kosten sind schon früher in Höhe von 306 000 Mk. bewilligt worden.

Straßburg. Geh. Ober-Med.-Rat Prof. Dr. Biedert, der krankheitshalber sein Amt als Medizinalreferent im Ministerium niedergelegt hat, ist vom Ärztlich-hygienischen Verein für Elsaß-Lothringen zum Ehrenvorsitzenden ernannt.

Vilseck (Oberpfalz). Dr. J. Meier, Kinderarzt in München, ist zum Ehrenbürger ernannt.

Bologna. C. Comba ist zum ord. Professor für Pädiatrie ernannt.

Padua. Dr. E. Orifice habilitierte sich als Privatdozent für Kinderheilkunde.

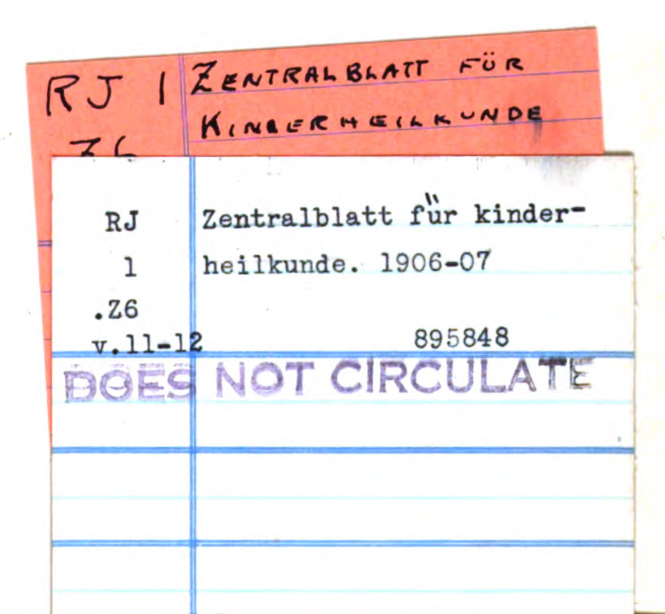
Tomsk. S. Timascheff wurde zum ord. Professor ernannt.



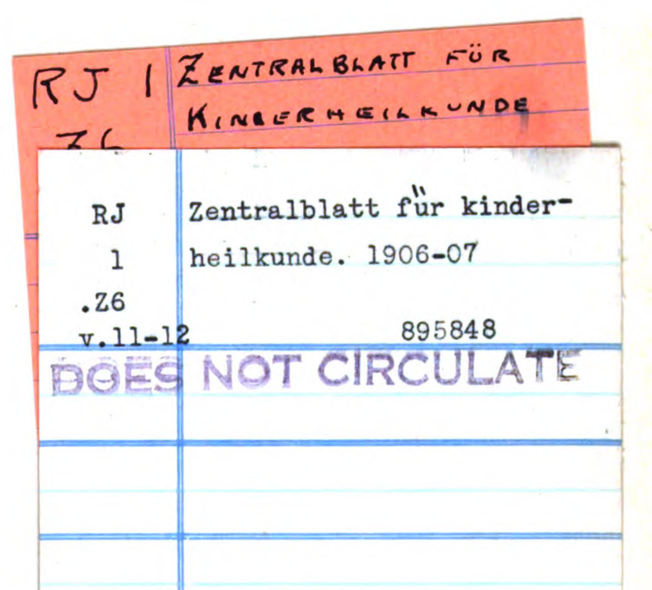
Namenverzeichnis des XII. Jahrganges.

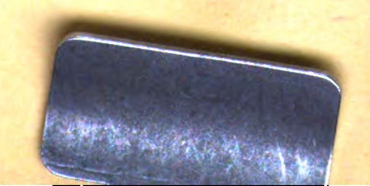
Sachverzeichnis des XII. Jahrganges.

Verantwortlicher Redakteur: Dr. Eugen Graetzer in Friedenau-Berlin. — Verlag von Johann Ambrosius Barth in Leipzig. — Druck von Metzger & Wittig in Leipzig.


RJ 1
Zentralblatt für
Kinderheilkunde
RJ
1
.Z6
v.11-12
Zentralblatt für kinder-
heilkunde. 1906-07
895848
DOES NOT CIRCULATE










UNIVERSITY OF CHICAGO
79 870 470